

ЗМІСТ

ВСТУП

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ

1.1 Теорія процесу соціально-психологічної адаптації особистості.....6

**1.2 Ізраїльські психологи про проблему психологічної адаптації
військових, що приймали участь в бойових діях.....21**

Висновки до розділу 1

РОЗДІЛ 2. ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Методичне забезпечення48

2.2 Характеристика вибірки52

Висновки до розділу 2

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

3.1 Аналіз емпіричних даних54

3.2 Рекомендації93

ВИСНОВКИ97

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ99

ВСТУП

Через воєнне вторгнення Росії в Україну актуальним постає питання психологічної адаптації військовослужбовців, як тих хто безпосередньо приймає участь у бойових діях, так і тих хто боронить Україну в тилу. Залучення великої кількості військовослужбовців до активних зон бойових дій створює необхідність у дослідженні психологічної адаптації, оскільки військові стикаються з унікальними стресовими ситуаціями та потребують спеціалізованої підтримки. Психологічне благополуччя та стійкість військових є ключовими елементами для забезпечення їхньої ефективності та виконання поставлених завдань. Погана психологічна адаптація може мати серйозні згубні наслідки для військових, такі як поява посттравматичного стресового розладу (ПТСР), зниження бойової готовності та негативний вплив на загальну функціональність військового колективу.

Багато вчених, зокрема Б. Ананьєв, Л. Виготський, О. Леонтєв, Б. Ломов, С. Рубінштейн та інші, провели дослідження, що стосуються процесів і чинників, що впливають на формування особистості молодого людини, її ідентифікацію та адаптацію. В іноземній психології багато дослідників, таких як Д. Абрамс, М. Аугастинос, П. Бергер, Р. Браун, Н. Елемерс, Е. Еріксон, Д. Кемпбелл, Л. Крапман, Ч. Кулі, Т. Лукман, Дж. Марсія, Дж. Мід, П. Оакс, А. Теджфел, Дж. Тернер, Е. Уотерман, Ю. Хабермас, М. Хог, Л. Фестінгер, М. Фрідман, М. Шеріф, вивчали соціально-психологічний аспект проблеми ідентичності особистості.

Об'єкт дослідження - психологічна адаптація мобілізованих до служби в армії .

Предметом дослідження є особливості психологічної адаптації мобілізованих до служби під час ведення бойових дій.

Мета: на основі теоретичного аналізу проблеми та емпіричного її дослідження виявити значення і роль чинників які впливають на роль психологічної адаптації військовослужбовців.

Завдання:

1. Проаналізувати наукову літературу з питань психологічної адаптації та теорію психологічних процесів, що відбуваються в особі і в групі під час воєнних дій.
2. Вивчити різноманітні фактори, що впливають на психологічну адаптацію цивільного населення та військовослужбовців під час війни.
3. Оцінити рівень психологічної адаптації цивільного населення, а також військовослужбовців які не брали участі у бойових діях і тих що приймали участь.
4. Розробити практичні рекомендації щодо способів підвищення психологічної адаптації та підтримки фізичного, психологічного та соціального благополуччя військовослужбовців.

Методи дослідження:

Теоретичні: аналіз та систематизація наукової літератури та статей з питання адаптації.

Емпіричні: тестування, анкетування, методи математичної обробки даних: статистичні та аналітичні. При цьому використано наступні методики:

- Авторська анкета;
- Короткий п'ятифакторний опитувальник особистості ТІРІ (ТІРІ-UKR) в адаптації М. Кліманської, І. Галецької;
- Тест САН (Самопочуття, Активність, Настрій);
- Тест життєстійкості в модифікації Осіна і Рассказовой;
- Тест смисло-життєвих орієнтацій в адаптації Леонтьєва;
- Шкала оцінки впливу травматичної події.

Характеристика вибірки: в дослідженні взяли участь 60 чоловіків, серед яких 30 чоловіків цивільні, віком від 23 років до 59; 30 чоловіків

військовослужбовці (серед них 12 приймало участь в активних бойових діях), віком від 24 до 50 років.

За теоретико-методологічну основу дослідження взято праці В. М. Русалова, І. М. Свириденка, Е. А. Сергієнка, Є. Р. Калітєвської, В. Є. Клочка, З. Соломона, Р. П. Грінкера, Дж. П. Шпігеля, Р. Шкляр та ін.

Теоретична значущість дослідження полягає в тому, що на даний час існує невелика кількість саме українських досліджень з питання психологічної адаптації військових, а зважаючи на продовження війни на теренах України, наші військовослужбовці будуть потребувати правильної і кваліфікованої допомоги і підтримки. Можливість використання результатів дослідження буде корисним для подальшого вивчення проблем адаптації в умовах війни.

Практична значущість дослідження полягає в тому, що його результати можуть бути використані психологічними та соціальними службами, науковцями, керівниками фондів та громадських організацій які займаються проблемами психологічної адаптації військовослужбовців, а також і цивільного населення.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ

1.1 Теорія процесу соціально-психологічної адаптації особистості

Проблема соціальної адаптації є однією з найбільш актуальних у сучасній соціальній психології і потребує інтенсивного дослідження. Термін "адаптація" (від латинського "Adapto" - пристосовуюся) був введений до наукового вжитку наприкінці XVIII століття Х. Аубертом для позначення збільшення або зниження світлочутливості при змінах освітленості (світлова адаптація). Пізніше цей термін став застосовуватися для опису однієї з фундаментальних властивостей живих організмів - їх здатності змінювати фізичну і функціональну організацію, а також форми поведінки (у тварин), відповідно до особливостей навколишнього середовища [1].

У дослідженні Т. В. Середи було проведено детальний аналіз 46 різних визначень поняття «адаптація». Виявлено, що ці визначення є різноманітними та суперечливими, і вони акцентують різні аспекти досліджуваного явища. Застосування різних визначень адаптації пов'язане з їх використанням у різних галузях наукового знання, специфікою дослідницьких завдань, різними підходами до проблеми адаптації, прийнятими в окремих наукових школах, а також з основними тенденціями розвитку науки в конкретних історичних умовах [2].

Незважаючи на значну різноманітність, у всіх визначеннях адаптації можна виділити наступні загальні моменти, згідно з Н. М. Мельніковою:

1. Адаптаційний процес передбачає взаємодію двох об'єктів.
2. Взаємодія відбувається в умовах дисбалансу та неузгодженості між системами.
3. Основною метою взаємодії є досягнення певної координації між системами, ступінь і характер якої можуть варіювати.

4. Досягнення мети передбачає певні зміни у взаємодіючих системах [3, с. 14].

С. І. Розум вказує, що незалежно від конкретного змісту і механізмів, адаптація залишається незмінною у своїй сутності. Для того, щоб виживати і розвиватися, живі організми повинні враховувати властивості та особливості оточуючого середовища. У загальному розумінні адаптація є процесом взаємодії між потребами живого організму і особливостями оточуючого середовища. Зміна умов середовища викликає зміну вимог до живих організмів, і зміна організмів у відповідь на ці вимоги призводить до зміни змісту і предметів потреб. Адаптація завжди є індивідуальною і відносною, а процес адаптації є безкінечним.

Розуміння терміну «адаптація» в різних наукових дисциплінах є багатоплановим, і його застосування в психології також демонструє різноманіття. Ця багатогранність і складність поняття визначають різні концептуальні підходи та напрями в дослідженні адаптації вітчизняними та зарубіжними психологами.

У вітчизняній, радянській та пострадянській психології адаптація розглядається як динамічний процес та як результат пристосування людини до умов свого існування. Вона розглядається як необхідна умова становлення особистості, мікроцикл в розвитку особистості, під час якого відбувається засвоєння норм суспільства, володіння прийомами і засобами діяльності та міжособистісного спілкування. У ролі специфічних механізмів адаптації виділяється вплив трудової діяльності людини на найближче соціальне середовище та активна зміна людиною результатів своєї адаптації відповідно до соціальних умов існування [4-7].

Узагальнюючи основні теоретичні положення проблеми адаптації, можна зробити висновок, що адаптація є цілісним, системним процесом, який охоплює взаємодію особистості з природним і соціальним середовищем. Виділення різних видів і рівнів адаптації є деякою мірою

штучним і здійснюється з метою наукового аналізу та опису цього явища. Особливості процесу адаптації визначаються психологічними властивостями суб'єкта, рівнем його особистісного розвитку і залежать від досконалості механізмів особистісної регуляції поведінки та діяльності.

У більшості досліджень соціально-психологічної адаптації як системоутворюючий фактор розглядається мета, пов'язана з провідною потребою. Зарубіжні автори визначають адаптацію як необхідну умову ефективного функціонування особистості, яке досягається шляхом досягнення рівноваги між суб'єктом і середовищем.

З одного боку, кожна теорія особистості може бути спеціалізована на різних аспектах сутності людини, аналізуючи її життєдіяльність з окремих позицій. З іншого боку, аналіз відомих теорій особистості допомагає виявити основні структурні компоненти особистості, які є складовими елементами системи адаптації і можуть розглядатися як самостійні фактори адаптаційного процесу.

У межах зарубіжних психологічних шкіл можна виділити наступні основні напрями дослідження змісту адаптації:

1. Біхевіоральний підхід (Дж. Уотсон та ін.): адаптацію розглядають у широкому розумінні як процес задоволення потреб індивіда відповідно до вимог середовища, що призводить до змін у поведінці особистості. Акцентується на процесуальному (адаптація як процес) і результативному (адаптація як стан) аспектах категорії адаптації, при цьому поняття адаптації і пристосування ототожнюються.

2. Психоаналітичний підхід (А. Фрейд, З. Фрейд, Е. Еріксон та ін.): адаптацію розглядають як стан гомеостазу між особистістю і середовищем. Подібно до біхевіорального підходу, представники психоаналізу відносять адаптацію і пристосування до однакового змісту [8].

3. Когнітивний підхід (Ж. Піаже) [9]: представники цього напрямку запропонували спеціальні терміни для опису процесу адаптації особистості – асиміляція (дії з новими предметами на основі вже сформованих умінь і

навичок) і акомодация (зміна вмінь і навичок внаслідок зміни умов). Згідно з цим підходом, асиміляція і акомодация повинні знаходитися в рівновазі.

4. Інтеракціоністський підхід (Л. Філіпс): адаптацію розглядають як стан, коли особистість відповідає мінімальним вимогам і очікуванням суспільства. Підкреслюється соціальна спрямованість процесу адаптації, адаптивна поведінка характеризується успішним прийняттям рішень, ініціативністю і ясним визначенням майбутнього [10].

5. Гуманістичний підхід (А. Маслоу, К. Роджерс та ін.): адаптацію розглядають як динамічний стан оптимальності, підкреслюючи як процесуальні, так і результативні аспекти категорії адаптації.

Усі ці аспекти також враховуються при розгляді соціальної психологічної адаптації особистості.

Соціальна адаптація дійсно є безперервним процесом реагування на зміни в житті людини. Вона може бути розглянута як постійний комунікативний процес, в якому люди, пристосовуючись один до одного, розвивають нові способи взаємодії з різними структурними елементами соціального середовища. Головною метою соціальної адаптації є інтеграція особистості в сформовану систему соціальних відносин. Це передбачає усвідомлення і продукування стереотипів поведінки, які відображають систему цінностей і норм, що визначають поведінку в конкретній соціальній групі, а також здобуття, закріплення і розвиток умінь і навичок міжособистісного спілкування.

Г. О. Балл розглядає адаптацію як універсальну тенденцію до встановлення рівноваги між компонентами реальних систем [11]. Він застосовує це поняття для аналізу процесу розвитку особистості та її психологічних механізмів. Він підкреслює, що тенденція до досягнення рівноваги присутня на всіх рівнях розвитку матерії, включаючи фізичний і соціальний рівні. Адаптація є процесом, спрямованим не тільки на

збереження і відтворення існуючого стану, але й на виходження за межі наявної психологічної ситуації.

Таким чином, соціальна адаптація є динамічним процесом, спрямованим на забезпечення взаємодії особистості з соціальним середовищем та досягнення рівноваги між ними.

В. В. Москаленко розглядає соціальну адаптацію як одну з функцій процесу соціалізації особистості. Він визначає соціальну адаптацію як засвоєння індивідом соціальних норм, цінностей, символів та стереотипів, які є характерними для конкретного суспільства. Цей процес також включає стандартизацію мови, жестів та формування соціального характеру особистості.

Л. Е. Орбан-Лембрик розуміє соціальну адаптацію як вид взаємодії особи з соціальним середовищем, під час якого відбувається узгодження вимог та сподівань обох сторін [12].

А. Красильников та В. В. Константинов виокремлюють два базових варіанти розуміння соціальної адаптації, засновані на різниці у відносинах між суб'єктом і об'єктом адаптації, тобто адаптантом і соціальним середовищем. Вони виділяють:

1. Процес соціально-психологічної адаптації, який може включати внутрішньоособистісні конфлікти. Подолання цих конфліктів, в багатьох випадках, залежить від адаптаційного потенціалу особистості.

2. Соціально-психологічна адаптація, яка є складним системним процесом. В цьому варіанті активна перебудова ціннісно-сміслової сфери виступає як провідний показник розвитку особистості та формування оптимального способу життєдіяльності в наявних соціальних умовах.

Отже, різні автори розуміють соціальну адаптацію як процес засвоєння соціальних норм, цінностей та символів, взаємодію особи з соціальним середовищем, узгодження вимог та сподівань, а також як процес перебудови

ціннісно-сміслової сфери та формування оптимального способу життєдіяльності.

Необхідно зазначити, що у сьогоденні соціально-психологічна адаптація особистості має певні особливості, які обумовлені величезною швидкістю змін соціального середовища: політичних реалій, економічних умов, інформаційного простору тощо. Т. М. Титаренко вважав [13], що особистість і світ перестають бути опозиційною діадою, радше нагадуючи сполучені посудини, в яких відбувається перманентне взаємоконфігурування. І саме таке конфігурування себе, яке водночас є конфігуруванням навколишніх реальностей, стає основним модусом існування особистості у сучасному світі. Подібно до змін властивостей реальності, яка стає більш рухливою, плинною, динамічною, відповідно трансформуються й атрибутивні характеристики особистості, втрачаючи колишню однозначність, сталість, нерухомість. Таким чином, соціально-психологічну адаптацію можна розглядати як процес і результат встановлення відносної взаємної відповідності між 18 потребами особистості і вимогами соціального середовища, динамічний та нескінченний. У науковій літературі зазвичай терміном “механізм” визначається внутрішній устрій об’єкта, що приводить його у рух.

Було правильно зазначено, що психологічні та психічні механізми є процесами, що реалізуються через структурно-функціональну організацію психіки. У психологічному дискурсі психологічні механізми описують процеси та змістові аспекти суб’єктивного рівня структурно-функціональної організації психіки, тоді як психічні процеси стосуються процесів та змісту об’єктивного рівня структурно-функціональної організації психіки [14].

Механізм соціально-психологічної адаптації можна розглядати як сукупність засобів, що допомагають встановити рівновагу в системі «суб’єкт адаптації – соціальне середовище». Цей процес відбувається зі значними змінами в усіх структурних елементах соціально-психологічної адаптації як системи, включаючи суб’єкта, об’єкта, зміст (предмет) і результат.

Соціально-психологічна адаптація є динамічною, безперервною та нескінченною, тому механізми соціально-психологічної адаптації постійно функціонують протягом життя суб'єкта.

А. А. Налчаджян виокремлює три основних механізми адаптації: захисні адаптивні комплекси, незахисні адаптивні комплекси і змішані адаптивні комплекси. Захисні адаптивні комплекси складаються з виключно захисних механізмів і є стійкими поєднаннями таких механізмів. Незахисні адаптивні комплекси використовуються в проблемних ситуаціях, де відсутня фрустрація. Змішані адаптивні комплекси складаються з комбінації захисних і незахисних адаптивних механізмів.

Формування механізмів адаптації відбувається в процесі соціалізації, коли особистість стикається з проблемними ситуаціями. Ці адаптивні комплекси періодично активуються у подібних соціальних ситуаціях і закріплюються у структурі особистості, стаючи підструктурами її характеру та особистості в цілому.

Основні фактори, що впливають на адаптацію особистості, включають «Я-концепцію» та її підструктури, включаючи «Я-образи», які виконують функцію комплексних мотивів та регуляторів поведінки. Психіка людини, через центральні утворення її «Я», спостерігає за функціонуванням адаптивних механізмів, порівнює реальну поведінку з попереднім планом, з перебігом адаптації, що передбачався.

При розгляді соціально-психологічної адаптації, залежно від методологічної позиції автора, виокремлюються психологічні конструкти, які виступають як умови і важливі результати перебігу процесу соціально-психологічної адаптації з погляду суб'єкта. Деякі з цих конструктів включають:

1. Спрямованість особистості: вказує на орієнтацію особистості на досягнення конкретних цілей і мотивацію для досягнення успіху.
2. Ціннісні орієнтації: представлені системою цінностей, які визначають, що важливо для особистості і які принципи її поведінки.

3. «Я»-концепція особистості: відображає уявлення особистості про себе, включаючи переконання, стереотипи, уявлення про свої властивості, роль у суспільстві тощо.

4. Базова соціальна потреба особистості в позитивному ставленні і самоставленні: виражає потребу особистості в позитивному сприйнятті і оцінці себе і своїх дій з боку інших.

5. Індивідуальні особливості особистості, що визначають адаптаційні ресурси: включають пластичність і гнучкість поведінки, схильність до домінування, здатність адекватно оцінювати ситуацію фрустрації та інші характеристики, що впливають на здатність до адаптації.

6. Адаптаційні властивості інтелекту: здатність особистості до аналізу ситуацій, пошуку альтернативних рішень, розв'язання проблем і прийняття рішень, що сприяють адаптації.

7. Особливості емоційної сфери та волевих якостей особистості: включають здатність керувати емоціями, стійкість до стресу, самодисципліну, самоконтроль і інші аспекти, які впливають на успішну адаптацію.

Соціально-психологічна адаптація особистості відрізняється від інших видів адаптації тим, що вона включає індивідуально-особистісну оцінку суб'єктом соціального середовища і свідому регуляцію цього процесу. Важливим аспектом проблеми є визначення критеріїв адаптації. Оскільки адаптація ґрунтується на взаємодії двох сторін, то критерії адаптованості-деадаптованості повинні оцінюватися двосторонньо: і з боку середовища, і з боку індивіда. Ці критерії не обмежуються лише виживанням людини та зайняттям свого місця в соціальній структурі, а також враховують загальний рівень психологічного здоров'я, здатність розвиватися відповідно до свого потенціалу, суб'єктивне почуття самооцінки і осмислення життя.

Так, більшість дослідників виділяють два основних критерії адаптованості: зовнішній і внутрішній. Зовнішній критерій пов'язаний з

пристосуванням до вимог середовища і визначається через ефективність, компетентність та успішність поведінки. Це описує досягнення бажаної поведінки в середовищі та відповідність його вимогам.

Внутрішній критерій більше пов'язаний з загальним психологічним благополуччям, комфортом, суб'єктивним задоволенням своєю позицією та соціальним самопочуттям. Він відображає можливість задоволення індивідуальних потреб, самовираження, збереження внутрішніх енергетичних ресурсів і відсутність напруги і тривоги.

Таким чином, процес адаптації може бути спрямований на пристосування до вимог середовища або на пошук можливостей реалізації суб'єктивних прагнень і задоволення потреб індивіда. Залежно від цього можна говорити про орієнтацію на зовнішній або внутрішній критерій.

Узгодження зовнішнього і внутрішнього відображає проблему взаємин індивіда і середовища і є основною задачею процесу адаптації. Оптимальною адаптованістю можна вважати результат, який задовольняє вимогам обох критеріїв. Таким чином, важливо досягти балансу між пристосуванням до вимог середовища і задоволенням потреб індивіда для досягнення оптимального стану адаптованості.

Так, показники адаптації особистості за зовнішнім критерієм включають досягнення в різних сферах діяльності і спілкуванні. Оцінка цих показників здійснюється як з боку самої особистості (відношення до власних досягнень в залежності від власних очікувань і цілей), так і з боку соціального середовища (ступінь відповідності діяльності та поведінки особистості соціальним стандартам і очікуванням).

З точки зору самооцінки, особистість може оцінювати свої досягнення відповідно до власних стандартів і очікувань. Наприклад, якщо особистість має високі стандарти і очікування, вона може оцінювати свої досягнення як незадовільні, навіть якщо її результати фактично відповідають вимогам середовища. Зворотно, якщо особистість має низькі стандарти і очікування,

вона може оцінювати свої досягнення як задовільні або навіть високі, незважаючи на те, що вони не відповідають вимогам середовища.

З боку соціального середовища, оцінка адаптації включає порівняння діяльності та поведінки особистості з соціальними стандартами і очікуваннями. Якщо особистість відповідає цим стандартам і відповідно діє відповідно до соціальних очікувань, то її адаптацію можна вважати гарною за зовнішнім критерієм. Однак, якщо діяльність та поведінка особистості не відповідають соціальним стандартам, то адаптація може бути вважатися менш задовільною або незадовільною.

Отже, для оцінки адаптації особистості за зовнішнім критерієм важливо враховувати як самооцінку особистістю власних досягнень, так і сприйняття її діяльності та поведінки соціальним оточенням з точки зору відповідності соціальним стандартам і очікуванням.

Самоствалення, самоактуалізація та мотиваційна обумовленість є важливими показниками адаптації особистості за внутрішнім критерієм.

Самоствалення виступає як психологічна категорія, що описує формування системи відносин людини до самої себе. Когнітивний компонент самоствалення охоплює сприйняття, уявлення, мислення та інші когнітивні процеси, які використовуються для розуміння суб'єктом себе. Показником когнітивної сторони об'єктного самоствалення є позиція зовнішнього спостерігача, яку особистість займає щодо своєї власної особистості. Особистість розглядає свої можливості, схильності, особистісні якості та внутрішні стани як інструменти для досягнення своїх особистісних цілей.

Емоційний компонент суб'єкт-об'єктного самоствалення відображає емоції, що виникають у контексті об'єктивного сприйняття себе. Особистість формує образ «бажаного Я» і спрямовує свої дії та активність на досягнення відповідності між реальним «Я» і бажаним «Я».

Крім того, мотиваційна обумовленість відіграє важливу роль у внутрішньому критерії адаптації особистості. Мотивація визначає напрямок і силу діяльності особистості, а також стимулює її досягнення. Особистісні

мети, цілепокладання і активність спрямовані на досягнення відповідності між реальним «Я» і бажаним «Я».

Отже, самоствавлення, самоактуалізація та мотиваційна обумовленість є ключовими аспектами внутрішнього критерію адаптації особистості, які визначають її психологічне благополуччя та задоволення потреб.

Дійсно, в емоційному компоненті самоствавлення, висвітленому В. В. Століним, можна виділити три вісі: симпатія-антипатія, повага-неповага та близькість-віддаленість. Ці вісі відображають емоційні реакції і почуття, які виникають у людини у відношенні до самої себе.

Конативний компонент самоствавлення включає в себе внутрішні дії та готовність до таких дій стосовно себе. Це може бути маніпуляторно-інструментальне ставлення до себе, діалогічне ставлення, самовпевненість, самопоблажливість, самоприйняття, самозвинувачення, самоконтроль, самокорекція та інші аспекти. Мотиваційним імпульсом для цих дій стосовно себе є прагнення володіти самим собою, контролювати внутрішній світ, а також досягнення соціальної адаптації, самостввердження та самореалізації.

Багато психологічних досліджень підтверджують тісний зв'язок між ставленням особистості до себе як до суб'єкта життєвих відносин і її поведінкою. Висока самоповага особистості сприяє її активності, продуктивності в діяльності та реалізації творчого потенціалу. Вона також впливає на свободу вираження почуття та рівень саморозкриття у спілкуванні.

Такі аспекти самоствавлення та самоповаги мають важливе значення для психологічного стану та функціонування особистості.

Позитивне стійке самоствавлення має велике значення для людини, оскільки воно впливає на її віру в власні можливості, самостійність і енергійність. Воно пов'язане з готовністю до ризику і створює оптимізм стосовно досягнення успіху в невизначених ситуаціях. Люди з позитивним самоствавленням менш схильні до поглинення внутрішніми проблемами і менше страждають від психосоматичних розладів.

Позитивне самоствавлення також має вплив на моральне поведінку особистості. Одним із мотивів, що спонукають людину дотримуватися моральних норм, є бажання зберегти позитивне самоствавлення.

Негативне самоствавлення, навпаки, може бути джерелом різноманітних труднощів у спілкуванні. Людина з таким ставленням до себе заздалегідь переконана, що оточення ставиться до неї негативно. Це може створювати бар'єри і перешкоди в спілкуванні з іншими людьми [15].

Отже, самоствавлення має важливе вплив на психологічний стан і поведінку особистості. Позитивне самоствавлення сприяє саморозвитку, психологічному благополуччю та успіхам, тоді як негативне самоствавлення може створювати перешкоди і труднощі в міжособистісних відносинах.

Проблема гідності і цінності власного «Я» може зайняти значну увагу особистості, що призводить до надмірного підвищення рівня активності. Це може ускладнити вибір адекватного способу взаємодії і зробити поведінку більш ригідною.

Негативне та конфліктне ставлення особистості до себе може вести до правопорушень, наркоманії, алкоголізму, агресивності та суїцидальних нахилів. Воно також позитивно корелює з депресією. Таким чином, негативне самоствавлення пов'язане з неадаптивною та асоціальною формою поведінки.

Самоствавлення особистості великою мірою залежить від самоактуалізації, яка визначається як процес розвитку людини, спрямований на реалізацію свого потенціалу і втілення у дійсність її властивих можливостей. Принцип самоактуалізації був сформульований К. Голдштейном як мотивація до розгортання потенціалу, вбудованого в біологічну природу людини. Цей принцип був подальше розроблений К. Роджерсом у етичну і світоглядну ідею, а А. Маслоу на його основі створив теорію мотивації та особистості.

Таким чином, проблема самоствалення та самоактуалізації є важливими аспектами розвитку особистості, які впливають на її ставлення до себе, поведінку та мотивацію.

Так, в роботах А. Маслоу поняття «самоактуалізація» пройшло еволюційний період, що відображає спроби автора більш точно описати сутність процесу розвитку людини через розуміння її як вищого рівня та мети розвитку. Самоактуалізація розглядається як вищий мотив, процес розвитку, епізод пікового переживання, передумова або відправна точка буття.

Цей еволюційний процес дослідження призвів до усвідомлення важливості осмисленого покликання у світі [16], своєрідної місії та спрямованості на вищі цінності як основи для особистісного розвитку і щастя. Категорії покликання і відповідальності стали центральними в теорії самоактуалізації А. Маслоу. Таким чином, А. Маслоу розглядає самоактуалізацію як процес, що включає в себе пошук і реалізацію вищих цінностей, виявлення і розвиток внутрішнього потенціалу та осмислення особистісного покликання у світі.

Дійсно, за поглядом Д.О. Леонтьєва, самоактуалізація представляє собою теоретичне уявлення про розвиток та самореалізацію особистості, яке виникло в рамках особистісно-орієнтованої або «потенціалістської» гуманістичної психології. Цей підхід передбачає наявність вроджених потенційних можливостей, специфічних для людей, які, за наявності сприятливих умов розвитку, трансформуються з потенційної форми в актуальну. Самоактуалізація розглядається як механізм, що стимулює саморозвиток та робить його потребою, метою і стратегією життя. Вона пов'язана з процесом розвитку особистості як суб'єкта інтелектуальної активності, вільного вибору, саморегуляції довільної активності та виступає носієм відповідальності, моральності, віри і сенсу.

Таким чином, концепція самоактуалізації засвідчує ідею про внутрішній потенціал людини та її здатність до особистісного розвитку і

самореалізації, що стають основою для досягнення задоволення, відчуття цінності та щастя у житті.

Погляди В. М. Русалова, І. М. Свириденка, Е. А. Сергієнка, Є. Р. Калітієвської, В. Є. Клочка та Е.В. Галажинського підтверджують, що самоактуалізація вважається показником особистісної зрілості. Вони розглядають самоактуалізацію як властивість складної психологічної системи – людини, яка постійно самоорганізується і здатна до самодетермінації.

З цього приводу можна узагальнити, що процеси соціально-психологічної адаптації та самоактуалізації особистості взаємопов'язані. Високий рівень самоактуалізації особистості сприяє ефективності соціально-психологічної адаптації і може розглядатися як один з її показників.

Таким чином, самоактуалізація виступає важливим аспектом розвитку та зрілості особистості, що впливає на її здатність до самореалізації, самодетермінації та успішної адаптації у соціальному середовищі.

Так, самоактуалізація особистості є мотивованою активністю, яка спонукає людину до розвитку і самореалізації. Мотивація розвитку включає в себе внутрішню активність, яка зорієнтована на усвідомлення та внутрішнє усвідомлення зовнішніх суспільних вимог до особистості.

Цей процес мотивації розвитку базується на формуванні та розвитку соціально-психологічних якостей, які стають основою для самоактуалізації. Дослідження мотивації розвитку передбачає вивчення різних стимулів і умов, що визначають, спрямовують і регулюють цей процес.

Мотивація розвитку може бути свідомою або несвідомою, і вона може походити як зовнішньо (наприклад, вплив суспільства, очікування інших людей), так і внутрішньо (особисті цілі, цінності, потреби). Вона також може бути спонукою для самодослідження, самовдосконалення, пошуку нових знань, навичок та вирішення складних завдань.

Дослідження мотивації розвитку дозволяє розуміти, які фактори та умови сприяють розвитку особистості, як зовнішні, так і внутрішні, і як вони взаємодіють для підтримки самоактуалізації та особистісного зростання.

Погоджуюсь з викладеним. Мотивація є важливим аспектом поведінки і діяльності людини, включаючи й самоактуалізацію. Концепція Я (самосвідомості, самосприйняття) грає важливу роль у формуванні та підтримці мотивації. Мотивація розвитку виникає з розбіжності між поточним станом особистості і бажаним ідеальним станом, який відображає систему цінностей і особистісних цілей. Ця розбіжність створює мотивуючу силу, що побуджує особистість до розвитку і самореалізації. Особистість мотивується до наближення до свого ідеального образу себе, до досягнення тих якостей, навичок і досягнень, які вона вважає важливими та задоволення своїх потреб у саморозвитку та самовдосконаленні.

Врахування Я-концепції, знання про себе та розбіжності між реальним і ідеальним образами Я допомагають визначити мотиви розвитку і визначити, які кроки потрібно зробити для досягнення бажаного стану. Цей внутрішній конфлікт і розбіжність впливають на формування і регулювання мотивації розвитку особистості. Отже, Я-концепція, знання про себе і розбіжність між реальним і ідеальним образами Я впливають на мотивацію розвитку, визначаючи цілі, напрямки і ресурси, необхідні для самоактуалізації та особистісного росту. Дослідження мотивації розвитку включає розуміння причин та спонукальних сил, що підтримують активність особистості у власному розвитку. Воно також вимагає аналізу сукупності ситуаційних факторів, що впливають на цю діяльність або перешкоджають їй. Цей підхід дозволяє краще зрозуміти мотиваційні тенденції, пов'язані з розвитком особистості, і їх вплив на самоствалення та самоактуалізацію.

Мотивація розвитку відображає наявність і вираженість мотиваційних тенденцій, які пов'язані з Я-концепцією. Це означає, що особистість має внутрішні мотиваційні сили, спрямовані на власний розвиток, самореалізацію та досягнення ідеалів. Наявність таких мотиваційних тенденцій сприяє позитивному ставленню до себе та особистісному розвитку, а також сприяє самоактуалізації.

Мотивація розвитку може бути розглянута як один з показників соціально-психологічної адаптації за внутрішнім критерієм. Це означає, що вираженість цієї мотивації може вказувати на ступінь успішності адаптації особистості до вимог і викликів навколишнього середовища. Високий рівень мотивації розвитку свідчить про активну прагнення особистості до саморозвитку та досягнення своїх потенційних можливостей. Узагальнюючи, мотивація розвитку є важливим показником соціально-психологічної адаптації, який відображає наявність мотиваційних тенденцій особистості, пов'язаних з Я-концепцією. Ця мотивація сприяє позитивному самостваленню, самоактуалізації та особистісному розвитку. Соціально-психологічна адаптація є складним процесом, який включає активне формування стратегій і способів оволодіння ситуацією на різних рівнях поведінки та діяльності в соціальних умовах. Цей процес передбачає досягнення рівноваги між суб'єктом і соціальним середовищем.

Поняття «адаптація» має багатогранний характер, що призводить до різних концептуальних підходів у дослідженні цього явища. У багатьох дослідженнях соціально-психологічної адаптації виділяють два основні критерії адаптованості: зовнішній (відповідність вимогам середовища, пристосованість) і внутрішній (психологічне благополуччя, комфорт, задоволеність своєю позицією, соціальне самопочуття).

Аналіз психологічної літератури показує, що самоствалення, самоактуалізація та мотиваційна обумовленість Я-концепції особистості можуть розглядатися як окремі показники соціально-психологічної адаптованості за внутрішнім критерієм. Ці показники відображають ступінь психологічного благополуччя, задоволення та гармонії особистості в її взаємодії з соціальним середовищем. Таким чином, самоствалення, самоактуалізація та мотиваційна обумовленість Я-концепції можуть бути розглянуті як важливі показники соціально-психологічної адаптованості особистості, що відображають її внутрішнє становище та взаємодію з навколишнім соціальним середовищем.

1.2 Ізраїльські психологи про проблему психологічної адаптації військових, що приймали участь у бойових діях

Війна має серйозні наслідки, як видимі, так і невидимі, зокрема психологічну шкоду [17]. Учасники бойових дій стикаються з небезпекою, постійним стресом і травматичними подіями. Вони можуть бути свідками смерті, поранень і знищення, іноді навіть виконувати аналогічні дії. Це порушує їхні етичні стандарти та цінності, які є загальноприйнятими в мирний час.

Учасники війни також зазнають соціальної і емоційної втрати, таких як самотність, відсутність зв'язку з родиною і близькими, а також відсутність основних фізичних потреб, наприклад, в достатньому харчуванні, питній воді та відпочинку [18]. Невпевненість та непередбачуваність сучасної війни, зокрема використання зброї масового знищення та терористичних атак, створюють постійний стрес і підвищують рівень тривоги.

Хоча більшість солдатів можуть впоратися з цими стресовими факторами, інші стають дуже перевантаженими та виснаженими бойовим стресом, що може призвести до психологічного зриву. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є одним з типових психологічних наслідків війни, який може проявлятися через флешбеки, кошмари, тривогу, депресію та інші симптоми.

Розуміння психологічних наслідків війни є важливим для надання підтримки, допомоги та лікування учасникам бойових дій [19-21]. Створення сприятливих умов для відновлення психологічного благополуччя та реінтеграції в суспільство є важливим завданням для психологів, медичних працівників та інших фахівців, які працюють з ветеранами та постраждалими від війни.

Фрагментарність знань у галузі психологічних наслідків війни впливає з того, що психологічні розлади, що виникають під час війни, часто встановлюються або на початку або одразу після завершення конфлікту, і

зазвичай не існує систематичного тривалого спостереження за постраждалими. Це призводить до того, що значний обсяг інформації, зібраний в результаті попередніх досліджень, не може бути безпосередньо застосований до інших війн [22]. Крім того, різноманітні політики та структури, що існують у різних арміях та міністерствах оборони по всьому світу, ускладнюють проведення систематичних довготривалих досліджень щодо психологічних наслідків війни для учасників бойових дій.

В Ізраїлі існують унікальні умови, які сприяють систематичним дослідженням травмованих ветеранів. Враховуючи обов'язкову 3-річну військову службу для всіх працездатних молодих людей і безперервну військову службу для чоловіків до 55 років, в Ізраїлі створено сприятливу ситуацію для дослідження ветеранів. Країна також має обмежену територію, і всі війни, в яких бере участь Ізраїль, відбуваються на його власній землі та кордонах. Також важливо відзначити тісний зв'язок між Армією оборони Ізраїлю (ЦАХАЛ) і Міністерством оборони. Завдяки цим особливостям було проведено довготривалі дослідження, що охоплюють два десятиліття кількох когорт травмованих ізраїльських ветеранів.

Згідно з Соломоном, ізраїльські дослідження розкрили багато питань, які були недостатньо вивчені у попередніх дослідженнях. Зокрема, вони зосереджувалися на таких питаннях: яка частота і тривалість психічних розладів на полі бою, які прояви характерні для бойової психопатології, як впливає регулярне перебування в бойових діях на стійкість солдатів, як пояснити реактивацію травм у деяких осіб після тривалого безсимптомного періоду від реакцій бойового стресу (CSR), чи є відстрочений посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) реальним явищем і як пояснюється затримка у початку симптомів ПТСР після травми. Оглядова стаття, відповідно до Соломона, резюмує певні результати ізраїльських досліджень, які дають світло на ці важливі питання.

Бойова стресова реакція

Реакція бойового стресу (БСР) є найпоширенішою та помітною негайною психологічною реакцією на війну, і її також називають артилерійським шоком, бойовим виснаженням або військовим неврозом. БСР виникає, коли боєць не може ефективно впоратися зі загрозливими подразниками, які він відчуває під час виконання службових обов'язків. Діагностичні параметри БСР [23-24] охоплюють широкий спектр симптомів, які можуть швидко зростати і зменшуватися, включаючи почуття тривоги, психічну втому, відчуженість від оточуючих, збільшену активність симпатичної нервової системи, змутнення свідомості та параноя, серед інших. Клінічна картина реакції бойового стресу (БСР) є поліморфною та лабільною. Один з найбільш помітних симптомів БСР полягає в тому, що солдат втрачає здатність брати участь у бойових діях, в результаті чого виникає ризик для життя як його самого, так і його товаришів по бою. У відмінність від багатьох інших психічних розладів, БСР не має чітко визначених симптомів; він скоріше характеризується загальними функціональними ознаками. З метою оцінки типової клінічної карти БСР було проведено контент-аналіз медичних записів 104 ветеранів, що постраждали під час Ліванської війни 1982 року. В результаті було виділено наступні кластери симптомів: психічне затуманення та дисоціація; симптоми тривоги, відчуття провини через нездатність функціонувати, почуття безпорадності та самотності; психосоматичні та психозоподібні симптоми (дезорієнтація). Ця класифікація схожа на класифікацію Грінкера та Шпігеля, навіть якщо їх дослідження проводилося в іншому культурному середовищі після Другої світової війни. Це підкреслює універсальність проявів БСР. Подібно до попередніх звітів про Першу світову війну та Другу світову війну, було встановлено, що поширеність БСР варіюється в різних битвах і прямо залежить від кількості фізичних смертей в кожній битві.

Дійсно, БСР часто описується як короткочасне явище [25] у міжнародній військовій літературі про психічне здоров'я. Зазначається, що

реакція бойового стресу є раціональною відповіддю на ірраціональну ситуацію, і як тільки солдат, що постраждав, буде віддалений від стресорів війни, він здатний відновити свою рівновагу та функціональність. Більшість широкомасштабних проспективних досліджень БСР, наскільки мені відомо, були проведені в Ізраїлі з участю ветеранів, які брали участь у бойових діях під час війни Судного дня 1973 року та війни в Лівані 1982 року. Наприклад, у дослідженні Йом Кіпур (1973 рік) виявлено, що постраждалі від БСР є високим ризиком для розвитку посттравматичного стресового розладу та інших психіатричних і соматичних захворювань. Ці дослідження вказують на потенційний негативний довготривалий вплив воєнного стресу на психічне та фізичне здоров'я ветеранів.

Дослідницький проект, розпочатий під час Ліванської війни 1982 року [26], був важливим етапом у вивченні наслідків бойового стресу. У цьому довгостроковому дослідженні було відслідковано 382 жертви БСР та 334 неуразених контрольних солдатів, що були ретельно підібрані за різними соціально-демографічними та військовими характеристиками. Оцінки проводилися через 1, 2, 3 і 20 років після війни з метою вивчення психологічних та соматичних наслідків у обох групах.

Головною метою дослідження було визначити, чи бойовий стрес починається і закінчується на полі бою, чи ж його наслідки продовжуються й поглиблюються після закінчення війни. Результати дослідження показали, що для багатьох ветеранів його воєнна травма мала тривалі та негативні наслідки. Показники посттравматичного стресового розладу були високими серед учасників БСР протягом усього 20-річного періоду дослідження: через 1 рік після війни – 54%, через 2 роки – 47%, через 3 роки – 38%, а через 20 років після війни – 27%.

Отже, для значної частини ветеранів, що пережили психологічний травматичний досвід на полі бою, війна не завершується разом із припиненням вогню. Наслідки бойового стресу можуть тривати і поглиблюватися протягом довгого періоду після війни.

Дослідження показали, що ті ветерани, які пережили БСР під час бою, мають вищу ймовірність розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) протягом усього періоду дослідження [27]. Цікаво, що довгострокові наслідки БСР відображалися не лише у вищих показниках ПТСР, але й у більшій тяжкості самого розладу. Протягом 20-річного спостереження було виявлено, що ветерани, які пережили БСР, також страждали від більш серйозного ПТСР порівняно з аналогічними ветеранами бойових дій, які не мали БСР. Ці результати свідчать про передбачуваність БСР як фактора ризику для подальшого розвитку ПТСР. Тобто, наявність БСР під час бою може значно підвищити ймовірність виникнення і важкості ПТСР у ветеранів протягом тривалого періоду після війни. Виводи дослідження також показали, що ветерани, які пережили БСР, стикалися зі значною психіатричною симптоматикою, дистресом та труднощами у соціальному функціонуванні. Вони також мали проблеми, пов'язані зі здоров'ям, показали ознаки прискореного старіння і мали вищий ризик смертності від усіх причин, порівняно з тими, хто не переживав БСР. Ці результати свідчать про широкий спектр негативних наслідків, які виникають у ветеранів БСР і не обмежуються лише ПТСР. Вони охоплюють психіатричні проблеми, фізичне здоров'я, соціальну функцію та загальний прогноз. Це підкреслює значення ретельного дослідження та підтримки ветеранів, які були піддані БСР, для забезпечення належної допомоги та реабілітації.

Дослідження, проведені нещодавно, вивчали наслідки конфліктів в Іраку, Сирії та Афганістані [28-29]. Ветерани в Іраку, які пройшли психіатричне обстеження та були евакуйовані з передової, отримали діагнози гострого стресового розладу (ГСР) або гострої реакції на стрес (ГРС). На жаль, оскільки ці дослідження проводилися після повернення ветеранів додому, ймовірно, що багато інших, які не були евакуйовані, були пропущені, і, крім того, ніхто не використовував парадигму БСР. Інші недавні систематичні дослідження, такі як ці, наприклад, проведені Датським центром ветеранів, оцінювали симптоми ПТСР, а не ГСР [30]. Дійсно,

ізраїльська серія лонгітюдних досліджень щодо жертв БСР надає важливі відомості про тривалий вплив БСР на психічне здоров'я. Ці дослідження викривають, що БСР не є просто короткочасним явищем, яке зникає після припинення безпосередньої небезпеки. Результати досліджень спростовують попередню думку про БСР як про звичайний і тимчасовий епізод.

Особливо важливою є відмінність БСР від інших гострих стресових розладів (ГСР), оскільки БСР діагностується на основі функціональних критеріїв, а не просто симптомів. Це означає, що психологічний зрив на полі бою відображає нездатність солдата контролювати свою реакцію на страх та повернутися до стану психологічної стабільності. Ці висновки підкреслюють важливість відповідного розуміння та управління БСР серед ветеранів і наголошують на необхідності надання адекватної підтримки та лікування для тих, хто постраждав від цього випадку воєнного стресу. Дослідження підтверджують, що БСР є надійним маркером посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Вони вказують на те, що для багатьох осіб, які досвідчують БСР, це може стати початком тривалого хронічного ПТСР та посттравматичного занепаду. Це може мати серйозні наслідки для професійного функціонування та соціальних відносин ветеранів. Значення цих висновків полягає в тому, що вони підкреслюють потребу вчасної і ефективної підтримки, діагностики та лікування для ветеранів, які постраждали від БСР та ризикують розвитком тривалого ПТСР. Це також підкреслює важливість усвідомлення та освіти щодо наслідків БСР серед військових та медичних персоналу, щоб вони могли розпізнавати та надавати необхідну допомогу тим, хто постраждав від цього випадку воєнного стресу. БСР є не лише тимчасовим зривом, але також значною вразливістю, яка може тривати протягом усього життя. Досвід БСР є ключовим моментом, коли борець відчуває себе вразливим і безпорадним, оскільки втрачає почуття безпеки та здатності. Це може мати довготривалі наслідки і впливати на життя ветеранів.

Також важливо зазначити, що ветерани, які пережили БСР та потім розвинули важкий ПТСР, можуть бути більш схильні до ризику передновійськових бойових дій, ніж ті, хто не мав досвіду БСР. Однак, немає суттєвих відмінностей між групами БСР і групами порівняння на передвійськовому скринінгу, включаючи фізичні і психіатричні показники. Це означає, що БСР може бути початком шляху до розвитку ПТСР, незалежно від попередніх обставин. Враховуючи ці висновки, надзвичайно важливо, щоб ветерани, які пережили БСР, отримували постійну клінічну підтримку. Це може включати психологічну терапію, консультування та інші форми допомоги, спрямовані на підтримку їхнього психологічного благополуччя та забезпечення якісного життя після служби [31].

Наслідки повторного впливу на бойові дії

Дослідження, проведені в Ізраїлі, дійсно відкрили можливість вивчення наслідків повторного впливу бойових дій, оскільки ізраїльські солдати часто залучаються до кількох війн. Це рідкісна можливість, оскільки багато країн не стикаються з таким повторним стресом війни, і знання про його наслідки є обмеженими. В теоретичній основі прогнозування наслідків повторного стресу існує кілька підходів. Перший підхід – це перспектива вразливості, що вказує на те, що повторний стрес є фактором ризику через виснаження ресурсів подолання і підвищення вразливості людини. Другий підхід – це перспектива щеплення від стресу, яка припускає, що повторний стрес може мати захисний ефект завдяки формуванню ефективних стратегій подолання і адаптації до ситуації. Третій підхід – гіпотеза подолання стресу, яка стверджує, що спосіб, яким людина справляється зі стресом, є вирішальним, а не сам стрес. [32-33]

Дослідники Блок і Заутра [34] надають додаткове пояснення, що успішне подолання стресу призводить до відчуття благополуччя, що спонукає до подальшої здорової адаптації, тоді як невдале подолання стресу може посилити відчуття дистресу, що подальше підриває здатність людини впоратися. Ці різні підходи враховують різні фактори та механізми, які

можуть впливати на наслідки повторного стресу, і вони вносять важливий внесок в розуміння цього явища. Дослідження в цій області допомагають розширити нашу базу знань і відкривають можливості для розвитку ефективних стратегій підтримки та інтервенцій для ветеранів та солдатів, які пережили повторні бойові дії. Дослідження, які включали учасників бойових дій Ліванської війни 1982 року, дозволили встановити певні зв'язки між попереднім бойовим досвідом, посттравматичним стресовим розладом (БСР) і вразливістю до наступних бойових дій [35].

Було виявлено, що учасники, які вже мали діагноз БСР, мали найвищий відсоток (66%) зазначення БСР в результаті попередніх бойових дій. У той же час, серед тих, хто мав попередній бойовий досвід, але не стикалися з комплексом симптомів відстроченої стресової реакції, показник БСР був нижчим (44%). Також було виявлено, що серед учасників, які не мали попереднього бойового досвіду, рівень БСР становив 57%. Ці висновки підкреслюють важливість успішного подолання попереднього стресу для здатності солдатів ефективно впоратися з наступними бойовими діями. Однак важливо відзначити, що учасники з попереднім діагнозом БСР мали гірші результати, ніж ті, хто не мав попереднього бойового досвіду. Це означає, що попередній досвід БСР робить солдата більш уразливим до повторних стресових ситуацій.

Важливою інформацією є той факт, що ті, хто повертаються на поле бою, є обмеженою групою, яка пройшла відповідний військовий відбір і виявила особисту мотивацію повернутися на фронт. Таким чином, якщо вже ця відібрана група ветеранів проявляє підвищену вразливість, можна припустити, що інші жертви БСР, які не пройшли військовий відбір, можуть бути ще більш уразливими. Висновки наголошують на необхідності надання постійної клінічної підтримки та інтервенцій для ветеранів та солдатів, які пережили повторні бойові дії, особливо тих, хто має попередній діагноз БСР. Це може допомогти знизити наслідки стресу, покращити їх функціонування та забезпечити їм оптимальну підтримку на шляху до одужання. Результати

показують, що участь у боях у численних війнах може мати негативний ефект на стан ветеранів. Ризик наступної посттравматичної стресової реакції (ПТСР) зростає залежно від кількості попередніх воєн, особливо серед ветеранів з історією ПТСР.

Було виявлено, що серед ветеранів з історією ПТСР ризик наступної ПТСР зростає відповідно до кількості попередніх воєн. Наприклад, після однієї війни ризик становить 57%, після двох – 67%, а після трьох – 83%. У досвідчених ветеранів бойових дій без історії ПТСР у Ліванській війні 1982 року також були виявлені показники ПТСР, які зростали залежно від кількості попередніх воєн. Ці висновки свідчать про те, що бойові дії можуть залишати шрами на комбатантах і підірвати їх стійкість. Вони показують, що навіть якщо солдати впоралися зі стресом у попередніх воєнних конфліктах, це не гарантує захисту від наступних стресових ситуацій. Повторний вплив стресу може призвести до зниження стійкості навіть найсильніших солдатів. Ці результати підкреслюють необхідність надання підтримки та допомоги ветеранам бойових дій, особливо тим, хто має багатократний бойовий досвід. Система післябойової реабілітації і клінічна підтримка мають враховувати ці ризики та надавати необхідну допомогу для зняття стресу, зцілення і підтримки після повторних бойових дій.

Траєкторії ПТСР

Дійсно, дослідження про траєкторії ПТСР показують, що перебіг цього розладу може варіюватися в залежності від тяжкості та тривалості симптомів. Часто використовуються широкомасштабні ретроспективні американські епідеміологічні дослідження, спостереження за ветеранами війни у В'єтнамі [36-37], а також систематичні проспективні дослідження з Данії та Нідерландів [38], які розглядають траєкторії ПТСР протягом тривалого періоду часу. Також проводяться лонгітюдні дослідження серед цивільного населення. Однак варто відзначити, що деякі з цих досліджень мають обмежені періоди спостереження, існуючі дослідження можуть бути досить короткостроковими. Це означає, що тривалий перебіг посттравматичного

стресового розладу, пов'язаного з бойовими діями, та психопатологія потребують подальшого наукового обґрунтування.

Для більш точного розуміння тривалості та траєкторій ПТСР необхідні більш довготривалі дослідження, що охоплюють значний період часу та враховують різні контексти бойових дій. Такі дослідження дозволять краще розуміти, які фактори сприяють змінам у перебігу ПТСР та психологічному благополуччю ветеранів після бойових дій. Дякуючи за додаткову інформацію про 20-річне проспективне дослідження ізраїльських ветеранів Ліванської війни 1982 року [39], результати дослідження, яке спостерігало коливання ПТСР в обох групах, підтверджують, що перебіг ПТСР може бути мінливим і включати рецидиви, реактивації та ремісії.

Виявлені випадки відстроченого початку ПТСР, коли симптоми розладу з'явилися вперше після тривалого періоду часу, є цікавими. Відповідно до дослідження, близько 16,1% ветеранів з історією БСР та 23,8% ветеранів без попереднього стресу розвинули ПТСР у перший рік після війни. Крім того, деякі випадки ПТСР виникли значно пізніше, навіть через 20 років після війни. Важливо враховувати, що ці випадки виникали без попередніх симптомів та показували затримку у прояві ПТСР. Ці результати свідчать про складний характер ПТСР та його можливість прояву протягом тривалого періоду часу після стресових подій. Дослідження ветеранів Ліванської війни 1982 року надає унікальний інсайт у тривалість та коливання ПТСР в контексті бойових дій. Для кращого розуміння цього явища можуть бути потрібні подальші дослідження, які будуть спостерігати ветеранів протягом ще більш тривалого періоду часу. Завдяки додатковій інформації про ремісії, спостережені в обох групах ветеранів. Згідно з дослідженням, у групі ветеранів з історією БСР були спостережені випадки ремісій з подальшим повторним виникненням ПТСР. Конкретно, 7,6% ветеранів БСР мали одну ремісію, після якої наступив інший випадок ПТСР, 4,6% ветеранів мали дві ремісії з наступним ПТСР, а 3,8% ветеранів мали три ремісії з наступним ПТСР.

Також були спостережені випадки повної ремісії, коли симптоми ПТСР повністю зникали. У групі ветеранів з БСР, 3,8% ветеранів мали повну ремісію, 16,8% ветеранів мали двічі ремісію, а 23,7% ветеранів мали одноразову ремісію. У групі порівняння (ветерани без попереднього стресу) також спостерігалися випадки ПТСР і ремісій. 13,3% ветеранів групи порівняння мали одноразове виникнення ПТСР, 8,4% ветеранів мали двічі ремісію, а 2,4% ветеранів мали тричі ремісію. Ці результати підтверджують, що ПТСР може мати коливаючий перебіг з ремісіями та повторними випадками після періодів полегшення симптомів. Ремісії можуть бути частковими (збереження деяких симптомів) або повними (зникнення всіх симптомів). Детальне розуміння цих коливань і факторів, що впливають на них, важливе для поліпшення підходів до діагностики та лікування ПТСР.

Реактивація ПТСР

Реактивація є важливим аспектом ПТСР і виявляється в повторному виникненні стресових реакцій після зустрічі з подібними стресорами до початкової травми. Це може відбуватися у ветеранів, які пережили різні травматичні події, коли поточні стресори викликають відновлення емоційних реакцій, пов'язаних з минулими травмами. Наприклад, удови, коли їм нагадують про втрату свого чоловіка, можуть повторно відчувати горе, пов'язане з цією втратою. Жертви зґвалтування також можуть відновлювати свою реакцію на травму після нагадування про початкову травму. Такі явища спостерігалися серед ветеранів Другої світової війни, осіб, що пережили Голокост, а також серед ветеранів війни у В'єтнамі. Вони повідомляли про реактивацію своїх симптомів при відвідуванні військових меморіалів або під час участі в громадських заходах, що нагадували їм про їхні військові досвіди. Ці приклади показують, що подібні подразники або знаки, які відносяться до початкової травми, можуть викликати реактивацію симптомів ПТСР у ветеранів і тих, хто переживав інші травматичні події. Розуміння реактивації є важливим для визначення та управління ситуаціями, які можуть викликати

погіршення симптомів ПТСР та розроблення ефективних стратегій лікування [40-45].

Вивчення поведінкових і функціональних порушень у ветеранів війни може допомогти краще зрозуміти різноманітність і варіабельність симптомів ПТСР та їх вплив на психічне здоров'я. Аналіз 35 випадків, які ви провели, може виявити зв'язки між певними факторами та виявленими порушеннями, а також розкрити можливі варіації в реакціях на бойовий досвід. Розуміння цієї варіабельності може мати важливе значення для розробки індивідуальних підходів до лікування та підтримки ветеранів з ПТСР. Люди можуть демонструвати різні рівні симптомів та функціональних порушень, і це може впливати на їх потреби в терапевтичній підтримці та реабілітації. Дослідження в цій області може сприяти розробці більш ефективних інтервенційних стратегій, спрямованих на краще керування симптомами ПТСР та покращення якості життя ветеранів. Врахування варіабельності симптоматики і потреб кожного ветерана може допомогти індивідуалізувати лікування та забезпечити оптимальну підтримку. Цей аналіз 35 випадків може бути початком для подальших досліджень і сприяти збагаченню нашого розуміння ПТСР та її проявів у ветеранів війни [46].

Реактивація без ускладнень, яку ви згадуєте, вказує на те, що деякі ветерани відчують повне одужання від попередніх симптомів ПТСР і не виявляють подальших симптомів, поки не зустрінуть новий стресор, подібний до їхнього початкового травматичного досвіду. Це може бути пов'язано з тим, що попередні симптоми ПТСР підконтрольовані або подолані, але нова травматична подія може знову викликати їхню реакцію. Це свідчить про те, що військові дії або події на полі бою можуть мати значний вплив на психічне здоров'я ветеранів, навіть якщо вони вже відчули певне одужання. Ці випадки підкреслюють важливість збереження підтримки та психологічної допомоги для ветеранів навіть після закінчення бойових дій. Детальніше дослідження і аналіз таких випадків можуть допомогти розкрити більше інформації про механізми реактивації і виявити фактори, що

сприяють цьому явищу. Це може відкрити шлях до розробки більш ефективних стратегій попередження та лікування ПТСР у ветеранів.

Важливо враховувати, що кожен випадок ПТСР у ветеранів може бути унікальним, і реакція на стрес може відрізнятися від особи до особи. Продовження досліджень у цій області допоможе нам краще зрозуміти ПТСР та його прояви, а також розробити індивідуалізовані підходи до діагностики та лікування цього розладу у ветеранів. Учасники дослідження, які підпали під категорію загостреного ПТСР, демонстрували більшу вразливість та тривалу експресію симптомів посттравматичного стресового розладу. У їхньому випадку, травма, яку вони пережили під час попередньої війни, залишала сильніший вплив і спричиняла постійні симптоми ПТСР різного ступеня. Наприклад, учасники дослідження демонстрували збільшення симптомів ПТСР під час перебування в резерві або через очікування повернення на війну. Це свідчить про те, що вони були чутливі до подальших стресових подій, які пов'язані з воєнними діями або очікуваннями повернення на фронт. Крім того, вони також були вразливі до реактивованого ПТСР внаслідок непов'язаних подій, які не прямо загрожували їх безпеці. Ці випадки підкреслюють важливість урахування контексту та індивідуальних факторів у вивченні та лікуванні ПТСР. Розуміння того, як різні події та очікування можуть впливати на симптоматику ПТСР у ветеранів, допоможе вдосконалити підходи до їхнього підтримання та допомоги. Індивідуальні програми психологічної підтримки та терапії можуть бути корисними для цієї категорії ветеранів, які демонструють тривалу та загострену симптоматику ПТСР. Це дослідження розділило учасників з загостреним ПТСР на три групи, щоб врахувати різний ступінь їх вразливості та симптоматики:

1. Група підвищеної вразливості (51%): Ці ветерани відчували легкі, дифузні симптоми ПТСР, які не значно впливали на їх щоденне функціонування. Проте, вони були особливо чутливими до військових

подразників. Повноцінний розвиток ПТСР у них наступав після зіткнення з безпосередньою військовою загрозою під час Ліванської війни.

2. Група помірної загальної вразливості (9%): Ці ветерани демонстрували помірну загальну чутливість як у цивільному житті, так і під час служби в запасі. Вони мали деякі залишкові симптоми ПТСР, такі як дратівливість, проблеми зі сном та неконтрольовані спалахи гніву, які трохи погіршували їхнє функціонування. Під час повернення на фронт у Лівані 1982 року, вони швидко розвивали стресову реакцію навіть на незначні військові події, багато з яких вони не брали участі в активних бойових діях.

3. Група сильної загальної чутливості (19%): Ця меншість ветеранів страждала від симптомів ПТСР протягом міжвоєнного періоду. Проте, наказ про призов на військову службу в Ліван 1982 року спричинив негайний виснажливий стрес. Багато з них навіть не брали участі у бойових діях і не дійшли до лінії фронту до другого психологічного зриву. Ці ветерани виявили значні зусилля, щоб функціонувати протягом 9 років між двома війнами, і багато з них досягли успіху у особистому та професійному житті. Вони продовжували брати участь у військових обов'язках незважаючи на посилення симптомів під час військових подразників. Другий епізод ПТСР був більш інтенсивним і виснажливим, ніж перший.

Ці групи демонструють різний характер та ступінь симптоматики ПТСР, а також вплив подій і стресорів на розвиток та загострення розладу. Розуміння цих варіацій може допомогти в розробці індивідуальних підходів до діагностики та лікування ветеранів з ПТСР.

Відстрочений ПТСР

Виникнення відстроченого посттравматичного стресового розладу (ВПТСР) після травматичних подій дійсно є предметом дебатів серед медичних і юридичних фахівців. Діагноз ВПТСР викликає певні сумніви, зокрема через можливі фінансові вигоди, пов'язані з отриманням такого діагнозу ветеранами. Також існує питання про те, чи ВПТСР є окремою формою розладу, або це просто наслідування симптомів ПТСР.

Деякі дослідники стверджують, що ВПТСТР може бути результатом лікування або діагностики відкладених симптомів, а не справжнього відстроченого початку ПТСТР. Це означає, що посттравматичний стресовий розлад може бути присутнім і активним, навіть якщо не було правильного діагнозу. Незважаючи на сумніви, існує значна кількість досліджень, які підтверджують існування ВПТСТР. Воно спостерігалось серед людей, які пережили різні травматичні події, включаючи автомобільні аварії, стихійні лиха, інцест і бойові дії. Мета-аналіз проспективних досліджень також підтверджує існування ВПТСТР. Отже, хоча деякі сумніви і спори існують щодо дійсності ВПТСТР, наукові дослідження підтримують його існування як окремої форми посттравматичного стресового розладу, що може розвиватися пізніше після травматичних подій. Дійсно, в літературі існують суперечки та розбіжності в оцінках щодо поширеності відстроченого посттравматичного стресового розладу (ВПТСТР), часу його появи та відносної тяжкості симптомів порівняно з актуальним посттравматичним стресовим розладом (ПТСТР), що не відкладається. Оцінки поширеності ВПТСТР значно варіюються в літературі, від 0% до понад 60%. Тому важливо проводити дослідження для вивчення поширеності ВПТСТР в конкретних групах і контекстах [47-56].

Щодо часу появи ВПТСТР, виникло питання, чи воно виникає лише після безсимптомного періоду, або після збільшення субклінічних симптомів з часом. Дослідження можуть допомогти встановити, чи ВПТСТР є наслідком підсилення попередніх симптомів або новим розладом, що розвивається. Також є розбіжності щодо тяжкості симптомів ВПТСТР порівняно з ПТСТР, що не відкладається. Деякі дослідження не встановили зв'язку між часом появи ПТСТР та ступенем психопатології, але інші показали, що ВПТСТР може бути менш важким, ніж негайний ПТСТР. Тому оцінка тяжкості симптомів ВПТСТР є додатковим аспектом, який варто дослідити [57].

Варто дослідити зв'язок між попереднім БСТР та ВПТСТР. Отже, проведення досліджень щодо поширеності, часу появи, тяжкості симптомів

та зв'язку з іншими стресовими розладами може сприяти кращому розумінню відстроченого посттравматичного стресового розладу. Дане дослідження, спрямоване на оцінку поширеності відстроченого посттравматичного стресового розладу (ВПТСТР) серед ізраїльських ветеранів Ліванської війни 1982 року, є цікавим і важливим в контексті розуміння довгострокових наслідків військових конфліктів. Ви провели вимірювання через 1, 2 та 20 років після війни та використали два методи для оцінки ВПТСТР. Результати показали, що значна кількість ветеранів повідомляли про виникнення симптомів ВПТСТР протягом 20 років після війни. При обстеженні всіх учасників разом, 37ив становили, що 16,5% мали ВПТСТР, що є вищим показником, ніж було виявлено в більшості досліджень. Проте інші дослідження також повідомляли подібні результати. Коли ви порівняли лише ветеранів із посттравматичним стресовим розладом, показник ВПТСТР зрос до 27%. Цей показник також відповідає мета-аналізу проспективних досліджень, який повідомляв про середнє значення 25%. Результати підтверджують клінічні спостереження, що ВПТСТР може розвиватися через десятиліття після початкової травми, і немає значної різниці між затримками у часі. Це важливий висновок, який допомагає розуміти тривалу природу наслідків військових конфліктів та важливість надання підтримки ветеранам упродовж їх життя [58-59].

Наше дослідження доповнює наявну літературу та розширює розуміння ВПТСТР серед ветеранів Ліванської війни 1982 року. Ці результати можуть мати практичне значення для планування та надання психологічної допомоги цій групі ветеранів та для подальших досліджень у цій області. Наші висновки щодо високого рівня ВПТСТР серед ізраїльських ветеранів Ліванської війни 1982 року підтримуються деякими можливими поясненнями. По-перше, зазначається, що солдати на полі бою перебувають у стані високої готовності та пильності, але після повернення додому можуть відчувати наслідки стресу з певною затримкою. Це може пояснювати звітовані симптоми ВПТСТР через деякий час після війни [60].

Друге пояснення пов'язане зі стигматизацією, пов'язаною з посттравматичним стресовим розладом, особливо в контексті Ізраїлю, де війни є частими і солдатів очікується, що вони будуть міцними та не піддаються негативному впливу бойових подій. Тому солдати можуть намагатися приховати або приглушити свої емоційні стресові симптоми [61].

Третє пояснення вказує на Ізраїль як «лабораторію стресу» через постійну експозицію воєнним конфліктам та тероризму. Це може спричиняти появу минулих травм, незалежно від часового проміжку. Вплив зовнішніх подразників є важливим фактором у ВПТСП, і події або обставини, які нагадують про початкову травму, можуть викликати відновлення спогадів про неї.

Враховуючи ці фактори, можна пояснити високу поширеність ВПТСП серед ізраїльських ветеранів Ліванської війни 1982 року незалежно від тривалості часу, що минув з моменту конфлікту. Ці висновки підкріплюються результатами досліджень інших авторів, які спостерігали схожі тенденції серед ветеранів війн та постраждалих від насильства.

Спостереження стосовно появи ВПТСП через 20 років після війни відповідають результатам попередніх досліджень, які вказують на тривалу затримку початку ПТСП у середньому та похилому віці. У цих періодах життя люди мають більше часу для роздумів і спогадів про минуле, включаючи травматичні події. Деякі фактори, такі як втрати, закінчення роботи, хвороби та смерть близьких людей, можуть підсилювати появу ВПТСП у цей період. Психосоціальні ресурси, здоров'я та соціальний статус також можуть зазнавати погіршення, що сприяє розвитку ВПТСП. Крім того, виявлено, що як когнітивні, так і біологічні фактори, пов'язані зі старінням, можуть мати вплив на ВПТСП. Дослідження показують зв'язок між старінням та ВПТСП. Отже, Ваші спостереження щодо затримки появи ВПТСП через 20 років після війни узгоджуються з попередніми дослідженнями, які досліджували зв'язок між старінням та розвитком ПТСП.

Дослідження також вивчало зв'язок між розладом психічного здоров'я на полі бою (БСР) і ВПТСР, і виявило, що наявність БСР пов'язана з більш коротким періодом до появи ВПТСР. Це підтверджує результати попередніх досліджень, які вказують на важливість БСР як предиктора наступного і реактивованого ПТСР. Згідно з оглядом літератури, БСР є важливим фактором, який може передбачати появу ПТСР. Ваші висновки показують, що наявність БСР може впливати на з'явлення ВПТСР і може передбачати, коли саме ПТСР може розвинути. Це допомагає нам краще розуміти зв'язок між розладами психічного здоров'я та ПТСР і має значення для подальшого вивчення та розробки стратегій втручання та попередження. Наше дослідження виявило, що тривалість затримки перед появою ВПТСР має вплив на важкість психопатології. Зокрема, група, у якої ВПТСР виникла протягом першого року після війни, проявляла найбільшу психопатологію. Групи з початком захворювання через 2 та 20 років були схожі за більшістю показників психопатології, і вони проявляли меншу важкість симптомів у порівнянні з групою з раннім початком ВПТСР. Група без ПТСР мала найнижчий рівень психопатології. Це відповідає попереднім дослідженням, які демонстрували різні результати щодо інтенсивності симптомів ВПТСР. Ваші результати вказують на те, що тривалість затримки перед появою ВПТСР може бути ключовим фактором у прогнозуванні важкості психопатології. З'явлення ВПТСР протягом першого року після війни може призводити до посилення симптомів, тоді як пізніші затримки можуть мати менший вплив на рівень психопатології. Ці висновки важливі для розуміння та управління післявоєнною психологічною реакцією. Результати підтримують ідею, що рання інтервенція та підтримка можуть бути особливо корисними для тих, хто переживає ВПТСР у перший рік після подій, щоб зменшити важкість симптомів і поліпшити психічне благополуччя.

Індивіди, у яких ВПТСР розвивається з відстрочкою після війни, можуть виявити більшу стійкість до подолання подій, що відбулися на полі бою, або можуть мати більш стійкі засоби пристосування. Це може

пояснювати зв'язок між меншою психопатологією та більш тривалими затримками перед появою ВПТСТР, який ви виявили в своєму дослідженні. Також варто враховувати, що підтримуючі соціальні мережі та оплачувана робота можуть бути важливими ресурсами для здатності ветеранів отримувати підтримку і позитивний вплив в періоди, коли у них немає симптомів ВПТСТР. Ці ресурси можуть зміцнювати їхню стійкість і сприяти поліпшенню психологічного благополуччя. Враховуючи ці фактори, можна припустити, що для деяких ветеранів існує комбінація факторів, таких як стійкість, здатність до подолання, наявність ресурсів та підтримуючих мереж, які сприяють відстроченню або попередженню розвитку посттравматичного стресового розладу. Розуміння цих аспектів може бути корисним для розробки стратегій підтримки та інтервенцій для ветеранів з метою покращення їхнього благополуччя та зменшення ризику розвитку ВПТСТР.

Початок ВПТСТР протягом десятиліть після війни може бути пояснений двома факторами, які згадані вище.

По-перше, інтенсивний і нестабільний конфлікт між Ізраїлем та палестинцями, зокрема інтифада Аль-Акса, що тривав протягом багатьох років після війни, міг створити постійний стресовий контекст для ізраїльських цивільних осіб. Щоденні терористичні атаки ймовірно призвели до посттравматичного дистресу, який може викликати ВПТСТР. Цей постійний тиск та страх, пов'язаний з конфліктом, може бути наслідком початку ВПТСТР протягом десятиліть після війни.

По-друге, затримка у виявленні ВПТСТР може бути пов'язана з етапом життя ветеранів, коли вони вже пережили ряд втрат та мають більше часу для роздумів і саморефлексії. Середина життя часто супроводжується змінами, такими як втрата близьких, здоров'я, статусу і переходу на пенсію. Ці фактори можуть стимулювати пригадування попередніх травматичних подій, а також поглиблювати втрату і роздуми про життя загалом. Це може

викликати затримку у розпочатку ВПТСП у ветеранів, які пережили травму війни.

Обидва ці фактори – постійний стрес конфлікту та особистісні роздуми під час середини життя – можуть пояснити відстрочений початок ВПТСП у вашому дослідженні.

Наші висновки щодо зв'язку між БСР (бойовим стресовим розладом) і ВПТСП (посттравматичним стресовим розладом) у ветеранів відповідають попереднім дослідженням. Ви зазначаєте, що ветерани з БСР відзначили більшу тяжкість ВПТСП, ніж ті, хто не мав БСР. Це відповідає результатам інших досліджень, які вказують на вищий ризик психопатології у осіб з ГСР (граничним стресовим розладом) і БСР. Це також узгоджується з «перспективою вразливості», яка стверджує, що первинна травма може підірвати ефективні стратегії подолання у майбутніх стресових ситуаціях. Існує також концепція сенсифілізації до стресу, за якої вплив сильного стресу може збільшити реакцію організму під час майбутніх стресових подій. Цей механізм був запропонований як пояснення ВПТСП у попередніх дослідженнях і отримав емпіричну підтримку. Іншими словами, БСР може сприяти збільшеній вразливості до стресу і погіршенню реакції на майбутні події. Таким чином, ваші висновки підтримують існуючі дослідження, що вказують на зв'язок між БСР і ризиком ВПТСП, а також підтримують гіпотезу про вразливість і сенсифілізацію до стресу як фактори, що сприяють цьому зв'язку.

Чи виникає ВПТСП після справді безсимптомного періоду?

Висновки про відстрочений початок ВПТСП та посилення симптомів ПТСП до початку ВПТСП відповідають попереднім дослідженням і підтримують модель «інкубації страху». Ми зазначаємо, що після залишкових симптомів ПТСП спостерігалось посилення існуючих симптомів до початку ВПТСП. Це узгоджується зі ствердженнями інших дослідників, які вказують на зв'язок між посттравматичними симптомами і ВПТСП. Деякі

дослідження навіть показали, що після тривалого періоду затримки від початкової травми виникає посилення реакції на тригери [62-69].

Існують також дослідження на тваринах, які підтримують модель «модифікації кондиційно-специфічного рефлексу», що пояснює відстрочений початок симптомів. Ця модель відтворює посилену реакцію на тригери після певного періоду затримки, подібно до того, що спостерігається в ВПТСР. Це підкреслює важливість часових факторів і довготривалої ефективності травматичного впливу. Отже, наші висновки про відстрочений початок ВПТСР та зміну симптомів з часом підтримують існуючі дослідження і моделі, що пояснюють розвиток цього розладу.

Обмеження

Є декілька методологічних обмежень у цій серії досліджень, які варто враховувати при оцінці результатів. Нижче наведено опис кожного обмеження:

1. Застосування заходів самозвіту: Використання самозвіту може призвести до упередженості та спотворення результатів, оскільки особи можуть недостатньо точно згадувати та оцінювати свої симптоми. Однак, самозвітні методи є поширеними в дослідженнях травматичного дистресу, і вони можуть надавати цінну інформацію про внутрішні стани осіб.

2. Розрив у часі проведення вимірювань: Через розрив між оцінками, існує ризик втрати даних про потенційний розвиток ПТСР у ветеранів. Такий розрив може ускладнити точну оцінку виникнення ВПТСР та його зв'язку з попередніми симптомами.

3. Виснаження учасників: Довготривала тривалість дослідження може призвести до виснаження та втрати учасників, що може вплинути на репрезентативність вибірки та витоки дослідження.

4. Застосування на обмежену групу ветеранів: Дослідження проводилося серед ізраїльських ветеранів бойових дій, що може обмежити узагальнення результатів на інші групи населення, культури та часи.

5. Відсутність систематичного огляду та метааналітичних даних: Даний огляд не є систематичним і не містить метааналітичного аналізу, що обмежує достовірність та загальну вагу результатів.

Урахування цих обмежень є важливим для належного розуміння і тлумачення результатів дослідження. Для отримання більш повного та надійного уявлення про тему, може бути корисним вивчення інших досліджень, що використовують різні методології та вибірки, а також метааналітичних оглядів з даної області.

Справді, ця серія досліджень має значний внесок у розуміння психічного здоров'я ветеранів та їх дослідження. Довготривалий перспективний план спостережень, що базується на фактах з полів бою і триває протягом 20-річного періоду, є сильним аспектом цих досліджень. Такий підхід дозволяє дослідникам досліджувати поширеність ПТСР серед ветеранів, встановлювати зв'язки між попередніми симптомами та розвитком ВПТСР, а також вивчати клінічну картину цього розладу у контексті бойових дій. Спостереження за ветеранами протягом тривалого періоду надає можливість виявити зміни у психічному стані після воєнного конфлікту, а також вивчити довготривалі наслідки бойових дій на їхнє психічне здоров'я. Це дозволяє виявити тривалі наслідки травматичних досвідів і розкрити складні взаємозв'язки між попередніми симптомами, розвитком ПТСР та іншими психічними проявами.

Такий підхід дає можливість отримати детальнішу інформацію про те, як воєнний конфлікт впливає на психічне здоров'я ветеранів і які фактори можуть бути пов'язані з розвитком ПТСР. Результати цих досліджень можуть мати практичне значення для поліпшення підтримки, лікування та реабілітації ветеранів з ПТСР. Отже, ця серія досліджень дає цінні висновки та розширює наше розуміння впливу воєнного конфлікту на психічне здоров'я ветеранів, що може мати практичне застосування в розвитку ефективних стратегій допомоги та підтримки для цієї групи людей.

Клінічні наслідки

Так, ці дослідження мають важливі теоретичні висновки, які підкреслюють глибокий та стійкий характер наслідків бойових дій і вказують на значущість попередніх симптомів та виснажливих супутніх захворювань у прогнозуванні розвитку ПТСР. Важливою є роль БСР як можливого вікна можливостей для профілактики ПТСР. Це означає, що існує можливість втручання до переходу від БСР до ПТСР, що може зупинити процес розвитку хронічної форми розладу. Дослідники також виявили ефективність лікування пацієнтів, що постраждали від БСР, за допомогою методу, який був випробуваний в ході Ліванської війни. Це свідчить про можливість успішного втручання на ранній стадії для запобігання хроніфікації та прогресування розладу. Ці результати наголошують на важливості надання підтримки і лікування ветеранам на ранніх етапах після бойових дій, щоб зменшити ризик розвитку ПТСР та покращити їхнє психічне благополуччя. Отже, ці дослідження дають підстави для розробки ефективних стратегій профілактики та втручання для ветеранів, що страждають від БСР, з метою запобігання розвитку ПТСР та поліпшення їхнього функціонування та якості життя.

Так, поздовжній дизайн дослідження дозволяє виявити варіабельність і різноманітні траєкторії перебігу ПТСР. Це означає, що розлад може проявлятися в різний спосіб, тривати різний час і мати різні рівні тяжкості у різних осіб. Результати дослідження підтверджують актуальність реактивації ПТСР і ВПТСР, що свідчить про те, що ці розлади не є тривіальними або незначними. Дослідження також вказують на те, що ВПТСР має свої унікальні клінічні характеристики та може бути однією з форм прояву ПТСР. Це важливо у контексті клінічної практики та діагностики, оскільки розуміння різних форм ПТСР може мати вплив на вибір та налаштування підходів до лікування. Крім того, результати дослідження підтверджують, що наявність БСР є значним фактором ризику не лише для розвитку самого ПТСР, але й для прискореного появи розладу після подальших стресових

подій. Це свідчить про важливість враховування і підтримки осіб з БСР для запобігання подальшим психічним проблемам та для покращення їхнього благополуччя.

Узагалі, ці висновки підкреслюють складність та різноманітність ПТСР як психічного розладу, а також необхідність індивідуалізованого підходу до оцінки, діагностики та лікування ветеранів інших осіб, які страждають від цього розладу. Практичні наслідки дослідження є дуже важливими. ПТСР є унікальним розладом, оскільки виникає внаслідок травматичного досвіду, який може мати широкі наслідки, включаючи медичні, юридичні та політичні аспекти. Такі події, як війна, можуть мати тривалі наслідки для ветеранів та їх родин. У зв'язку з цим, важливо, щоб травмовані ветерани отримували тривалу підтримку, моніторинг та професійну увагу. Це може включати доступ до психологічної терапії, медичної допомоги, соціальних послуг та інших ресурсів, які можуть допомогти їм з проблемами, пов'язаними з ПТСР.

Оскільки перебіг ПТСР може бути нестабільним і має велику варіабельність, особливу увагу слід приділяти реактивованому ПТСР та ВПТСР. Ці форми ПТСР можуть виникати в результаті подальших стресових подій, що підсилюють травматичну реакцію. Забезпечення доступу до ефективної та своєчасної інтервенції є важливим для зменшення впливу цих форм ПТСР та поліпшення якості життя постраждалих.

Крім того, ці дослідження також підкреслюють важливість громадської підтримки та підвищення свідомості про ПТСР серед громадськості. Розуміння важливості та складнощів, з якими стикаються ветерани з ПТСР, може сприяти створенню сприятливого середовища та забезпеченню необхідних ресурсів для їхнього одужання та реінтеграції у суспільство.

Узагалі, ці практичні наслідки дослідження підкреслюють необхідність системного підходу до підтримки ветеранів інших осіб, які страждають від ПТСР. Вони заслуговують на нашу підтримку, розуміння та належну допомогу в подоланні наслідків травматичного досвіду, зокрема через урахування варіабельного і непередбачуваного характеру ПТСР.

Наші спостереження щодо ВПТСР і рекомендації щодо практичних вказівок дійсно мають вагу. Оскільки ВПТСР може розвиватися навіть у випадках, коли не досягнуто клінічного порогу для ПТСР, важливо, щоб спеціалісти з психічного здоров'я уважно стежили за симптомами, які виникають у пацієнтів. Це дозволить виявити та втрутитися в ранні стадії розвитку ПТСР та ВПТСР, що може сприяти кращому результату лікування.

Розуміння того, що психопатологія може варіюватися серед людей, які страждають від ПТСР, є важливим для терапевтів. Кожен пацієнт може мати унікальний клінічний профіль та потребувати індивідуалізованого підходу до лікування. Встановлення точного часу початку ПТСР також є важливим аспектом, оскільки це може впливати на вибір та планування лікувальних стратегій. Врахування часових факторів дозволяє зрозуміти, як тривалий травматичний досвід може вплинути на появу та розвиток ПТСР.

Оскільки ПТСР має різні підтипи, важливо, щоб терапевти розробляли специфічні втручання для ветеранів із захворюваннями, пов'язаними з ПТСР. Індивідуально підійти до потреб кожного ветерана та врахувати особливості їхнього клінічного профілю може сприяти ефективному лікуванню та поліпшенню їхнього стану.

Нарешті, ваше вказання на значущість агресії та політичних конфліктів у світі, які призводять до війн та травмування ветеранів, є дуже важливим. Необхідно визнати та підтримувати травмованих ветеранів і їх сім'ї через вторинну травматизацію, що може виникати внаслідок довготривалого стресу та страждань, пов'язаних з воєнними конфліктами.

Враховуючи всі ці аспекти, важливо, щоб суспільство, уряди та фахівці з психічного здоров'я працювали разом для забезпечення підтримки, лікування та реабілітації ветеранів, які страждають від ПТСР та ВПТСР.

Висновок до розділу 1

Дослідження про ПТСР та ВПТСР у ветеранів вносять значний внесок у нашу наукову і клінічну розуміння цих розладів. Вони підтверджують, що наслідки бойових дій є глибокими та стійкими, а БСР є значним фактором

ризиком для розвитку ПТСР. Дослідження підкреслюють важливість раннього виявлення, моніторингу та лікування ПТСР, особливо в контексті реактивованого ПТСР та ВПТСР.

Поздовжній дизайн досліджень показує, що перебіг ПТСР має значну варіабельність з різними траєкторіями, що варіюються за тривалістю та тяжкістю. Це підкреслює важливість індивідуалізованого підходу до лікування та уважного стеження за симптомами, навіть якщо не досягнуто клінічного порогу для ПТСР.

Дослідження також наголошують на необхідності розробки спеціалізованих втручань для ветеранів із захворюваннями, пов'язаними з ПТСР, враховуючи їх унікальний клінічний профіль. Крім того, необхідно приділяти увагу питанню вторинної травматизації травмованих ветеранів та їхніх сімей.

Загальносуспільне визнання та підтримка ветеранів, які страждають від ПТСР та ВПТСР, є необхідними, а також вирішення проблем агресії та політичних конфліктів, що ведуть до воєнних травм. Це допоможе покращити якість життя травмованих ветеранів та зменшити їхню страждання.

У підсумку, дослідження про ПТСР та ВПТСР ветеранів наголошують на важливості виявлення, лікування та підтримки цих розладів. Вони сприяють розумінню варіабельності перебігу, розробці індивідуалізованих втручань та врахуванню унікальних потреб ветеранів з ПТСР. Захист та підтримка травмованих ветеранів є невід'ємною частиною нашого суспільства та вимагає впровадження ефективних стратегій.

РОЗДІЛ 2. ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Методичне забезпечення

Короткий п'ятифакторний опитувальник особистості (TIPI).

Методика TIPI спрямована на виявлення та вимірювання глибинних психологічних рис особистості і є однією з багатьох на цей рахунок. Вона використовує п'ять фундаментальних вимірів, що описують і оцінюють особистість: екстраверсія, дружелюбність, добросовісність, емоційна стабільність та відкритість новому досвіду. Ці характеристики розуміються як універсальні, надкультурні та наддемографічні, що представляють найбільш загальні ознаки і дозволяють отримати повну та всебічну характеристику особистості, а саме:

- **Екстраверсія**, протиставлена інтроверсії, описує тенденцію до соціальної взаємодії, енергійність, активність та насолоду від позитивних емоцій. Високий рівень екстраверсії вказує на активність, оптимізм, комунікабельність та розмовлявість, нахил до гри, пошуку активностей. Знижений рівень екстраверсії свідчить про сором'язливість, песимістичний настрій, віддачу переваги самотності та уникнення соціальних подій.

- **Дружелюбність** відображає рівень чутливості та інтересу людини до інших, її альтруїстичних, дружніх та емпатичних якостей, на відміну від відсутності довіри та прагнення до співпраці, нездатності до співчуття та нахилу до конкурентного ставлення. Високий рівень дружелюбності свідчить про готовність співчувати, лагідність, скромність та тенденцію підтримувати інших, про готовність надавати допомогу. Знижений рівень дружелюбності свідчить про егоцентризм, конкурентність, відчуженість та жорсткість у взаєминах з іншими людьми.

- **Добросовісність** відноситься до мотивації та наполегливості, яку людина виявляє у відношенні до своїх цілей та дій. Високий рівень добросовісності свідчить про відповідальність, розсудливість та надійність, а також може вказувати на тенденцію до перфекціонізму та працездатності. Низький рівень добросовісності може свідчити про недостатню

конкретизацію життєвих цілей та низьку мотивацію до досягнень. Водночас, це може супроводжуватись нахилом до гедонізму, імпульсивного прийняття рішень та спонтанності у діях.

- **Емоційна стабільність**, протиставлена нейротизму, відноситься до здатності до емоційної адаптації, подолання стресу, врівноваженості та саморегуляції під час переживання негативних емоцій, таких як страх, гнів, провина, незадоволення, розгубленість і т.д. Високий рівень емоційної стабільності свідчить про здатність контролювати і подолати стрес, не відчуваючи напруги, дратівливості або страху. Знижений рівень емоційної стабільності вказує на високий нейротизм, меншу здатність до емоційної саморегуляції, нахил до занепокоєння, сором'язливості та розгубленості у присутності інших, а також на переживання страху і напруги.

- **Емоційна стабільність**, протиставлена нейротизму, відноситься до здатності до емоційної адаптації, подолання стресу, врівноваженості та саморегуляції під час переживання негативних емоцій, таких як страх, гнів, провина, незадоволення, розгубленість і т.д. Високий рівень емоційної стабільності свідчить про здатність контролювати і подолати стрес, не відчуваючи напруги, дратівливості або страху. Знижений рівень емоційної стабільності вказує на високий нейротизм, меншу здатність до емоційної саморегуляції, нахил до занепокоєння, сором'язливості та розгубленості у присутності інших, а також на переживання страху і напруги.

- **Відкритість до нового досвіду** відноситься до пізнавальної цікавості та толерантності до невідомого, нахилу до пошуку та позитивного оцінювання нових життєвих вражень. Високий рівень відкритості досвіду свідчить про жвавий інтерес до всього навколишнього, креативність, розвинену уяву, нетрадиційність та незалежність суджень. Знижений рівень відкритості до досвіду означає консервативність, надання переваги традиційним цінностям, прагматичний підхід до інтересів та недовіру до нового.

Тест САН (Самопочуття, Активність, Настрій)

Тест САН є одним з видів опитувальників для вивчення станів та настроїв.

САН представляє собою карту (таблицю), яка містить 30 пар слів, що відображають досліджувані особливості психоемоційного стану (самопочуття, настрої, активність). Під час розробки методики автори виходили з припущення, що три основні складові функціонального психоемоційного стану – самопочуття, активність та настрої – можуть бути охарактеризовані полюсними оцінками, між якими існує послідовність проміжних значень. Проте отримані дані свідчать про те, що шкали САН є надто узагальненими. Факторний аналіз дозволяє виявити більш диференційовані шкали: «самопочуття», «рівень напруженості», «емоційний фон», «мотивація». Тест САН широко використовується для оцінки психічного стану хворих і здорових людей, психоемоційної реакції на навантаження, виявлення індивідуальних особливостей та біологічних ритмів психофізіологічних функцій.

Тест життєстійкості є адаптацією англomовного опитувальника Hardiness Survey, розробленого американським психологом Сальваторе Мадді (Maddi) у 1984 році. Оригінальна адаптація була виконана Д.А. Леонтьєвим, Е.І. Рассказовою, яка була скорочена і пройшла повторну валідацію Е.М. Осиним і Е.І. Рассказовою.

Життєстійкість (hardiness) є системою вірувань про себе, світ та відносини зі світом. Це властивість, що включає три відносно автономних компонента: **залученість, контроль та прийняття ризику**. Вираженість цих компонентів і загальної життєстійкості перешкоджає виникненню внутрішньої напруги в стресових ситуаціях завдяки стійкому впоранню (hardy coping) зі стресами і сприйняттю їх як менш важливих.

Залученість (commitment) визначається як «впевненість у тому, що залученість у власну діяльність надає найкращу можливість знайти щось цінне та цікаве для особистості». Людина з розвинутим компонентом

залученості отримує задоволення від своєї діяльності. У протизвагу цьому, відсутність такої переконаності породжує почуття відторгнення, відчуття «поза» життям. Якщо ви відчуваєте впевненість у собі та у тому, що світ щедрий, вам властива залученість.

Контроль (control) є переконанням у тому, що боротьба дозволяє вплинути на результати подій, навіть якщо цей вплив не є абсолютним, а успіх не гарантований. Протилежність цьому – відчуття власної безпорадності. Людина з високо розвинутим компонентом контролю відчуває, що сама обирає свою діяльність, свій шлях.

Прийняття ризику (challenge) – це переконання людини у тому, що все, що з нею трапляється, сприяє її розвитку через отримання знань з отриманого досвіду – незалежно від того, чи є цей досвід позитивним чи негативним. Людина, яка розглядає життя як можливість набуття досвіду, готова діяти навіть без надійних гарантій успіху, на власний страх і ризик, вважаючи, що прагнення до простого комфорту і безпеки збіднює особисте життя. В основі прийняття ризику лежить ідея розвитку через активне засвоєння знань з отриманого досвіду та їх подальше використання.

Тест смисло-життєвих орієнтацій (СЖО) є адаптованою версією тесту «Ціль в житті» (Purpose-in-Life Test, PIL) Джеймса Крамбо і Леонарда Махолика. Методика була розроблена на основі теорії прагнення до сенсу і логотерапії Віктора Франкла і мала на меті емпіричну валідацію кількох концепцій цієї теорії, зокрема концепцій екзистенційної пустоти і ноогенних неврозів. Суть цих концепцій полягає в тому, що невдача у пошуку особою сенсу життя (екзистенційна фрустрація) і впливаюче з цього відчуття втрати сенсу (екзистенційна пустота) є причиною особливого класу душевних розладів – ноогенних неврозів, які відрізняються від раніше описаних видів неврозів. Спочатку автори прагнули показати, що а) методика вимірює саме ступінь «екзистенційної пустоти» в термінах Франкла; б) цей стан є характерним для людей з психічними розладами; і в) він не тотожний

просто психічній патології. «Ціль в житті», яку діагностує методика, автори визначають як переживання особою онтологічної значущості життя.

Тест складається із загального показника Життєвої Орієнтації, а також п'яти субшкал: Цілі; Процес; Результат; Локус контролю – Я; Локус контролю – життя.

Шкала оцінки впливу травматичної події (скор. ШОВТС, англ. Impact of Event Scale, скор. IES-R) є клінічною тестовою методикою, спрямованою на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу та оцінку ступеня їх вираженості.

Шкала складається з 22 пунктів, які розподіляються на три шкали: «вторгнення», «уникнення» і «збудливість». Кожен пункт оцінюється як «ніколи» (0 балів), «рідко» (1 бал), «іноді» (3 бали) або «часто» (5 балів). Усі пункти мають пряме значення, значення шкали розраховується шляхом простого підсумовування відповідей на пункти.

Опитувальник призначений для вивчення наявності, ступеня вираженості та симптоматичної структури посттравматичного стресового розладу. Шкала зарекомендувала себе як надійний, валідний інструмент, який пройшов крос-культурну апробацію. Шкала може включатися до набору психодіагностичних методик для роботи з особами, у яких є або підозрюється наявність ПТСР.

2.2 Характеристика вибірки

В дослідженні взяли участь 60 чоловіків, серед яких 30 чоловіків цивільні, віком від 23 років до 59; 30 чоловіків військовослужбовці (серед них 12 приймало участь в активних бойових діях), віком від 24 до 50 років (Рис.2.1).

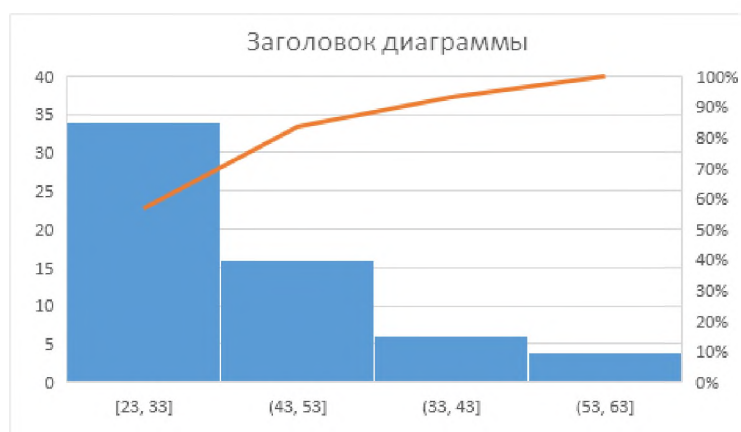


Рис.2.1. Розподіл за віком

Висновок до розділу 2

Використані методики дозволяють виміряти глибинні риси особистості, її стани та настрої, життєстійкість як систему вірувань про себе, світ та відносини зі світом, виміряти які є цілі в житті людини, а також чи наявні симптоми посттравматичного стресового розладу.

На нашу думку, опитувальники доречні для всіх громадян, оскільки всі в Україні мають негативний фон через страх за життя, а також переживання за інших.

Особливості вибірки дають нам змогу подивитися, чим і як відрізняються стани цивільних і військовослужбовців, як тих хто приймав участь у бойових діях, так і тих хто знаходиться в тилу.

РОЗДІЛ 3

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

3.1 Аналіз емпіричних даних

Тест Шапіро-Уїлка був застосований для перевірки нормальності розподілу.

Табл. 3.1

Перевірка нормальності розподілу у вибірці

Normality Test (Shapiro-Wilk)

	W	p
Екстраверсія	0.949	0.013
Дружелюбність	0.902	< .001
Добросовісність	0.897	< .001
Емоційна стабільність	0.955	0.028
Відкритість новому досвіду	0.930	0.002
Самовідчуття	0.957	0.036
Активність	0.961	0.054
Настрій	0.985	0.662
Залученість	0.962	0.058
Контроль	0.962	0.059
Прийняття ризику	0.865	< .001
Показник СЖО	0.909	< .001
1 – Цілі	0.941	0.006
2 – Процес	0.963	0.069
3 – Результат	0.964	0.075
4 – ЛК-Я	0.961	0.050
5 – ЛК-життя	0.919	< .001
Шкала ПТСР	0.959	0.041
Вторгнення	0.947	0.011
Уникнення	0.976	0.288
Збудженість	0.947	0.012

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Нормальний розподіл у вибірці не підтвердився за наступними змінними: «Екстраверсія», «Дружелюбність», «Добросовісність», «Емоційна стабільність», «Відкритість новому досвіду», «Самовідчуття», «Прийняття ризику», «Загальний показник СЖО», «Субшкала СЖО Цілі», «Субшкала СЖО локус контроль – життя», «Загальна шкала ПТСР», «Субшкала ПТСР Вторгнення», «Субшкала ПТСР Збудженість». Оскільки $p < 0.05$,

порушується гіпотеза про відсутність відмінностей у емпіричному розподілі вибірки від нормального розподілу.

Для наступних змінних, підтвердився нормальний розподіл, оскільки $p > 0.05$: «Активність», «Настрій», «Залученість», «Контроль», «Субшкала СЖО Процес», «Субшкала СЖО Результат», «Субшкала СЖО локус контролю – Я», «Субшкала ПТСР Уникнення».

На наступному етапі ми вивчали описові характеристики отриманих даних, а саме міри центральної тенденції, які визначають загальні характеристики розподілу даних за певною змінною. У дослідженні було сформовано дві групи: цивільні і військові.

Табл. 3.2

Описові характеристики за опитувальником ТІРІ

Descriptives

	Ви військовий ?	Екстраверсі я	Дружелюбніст ь	Добросовісніс ть	Емоційна стабільніст ь	Відкритіст ь новому досвіду
N	Військові	30	30	30	30	30
	Цивільні	30	30	30	30	30
Missing	Військові	0	0	0	0	0
	Цивільні	0	0	0	0	0
Mean	Військові	8.30	9.80	10.7	7.73	7.00
	Цивільні	8.90	10.2	10.6	9.50	7.10
Median	Військові	8.00	11.0	11.0	6.00	7.00
	Цивільні	9.00	11.0	11.0	9.00	7.00
Standar d deviation	Військові	1.60	2.12	1.47	3.06	1.64
	Цивільні	1.49	2.06	1.45	2.37	1.47
Minimu m	Військові	4	6	6	4	4
	Цивільні	4	6	6	5	4
Maximu m	Військові	11	13	13	13	11
	Цивільні	11	13	13	13	9

Вимірюючи «Екстраверсію» ми отримали наступні показники: для військових середнє арифметичне (M) становить 8.3 при стандартному відхиленні $SD=1.6$; для цивільних $M=8.9$, $SD=1.49$ (Рис. 3.1)

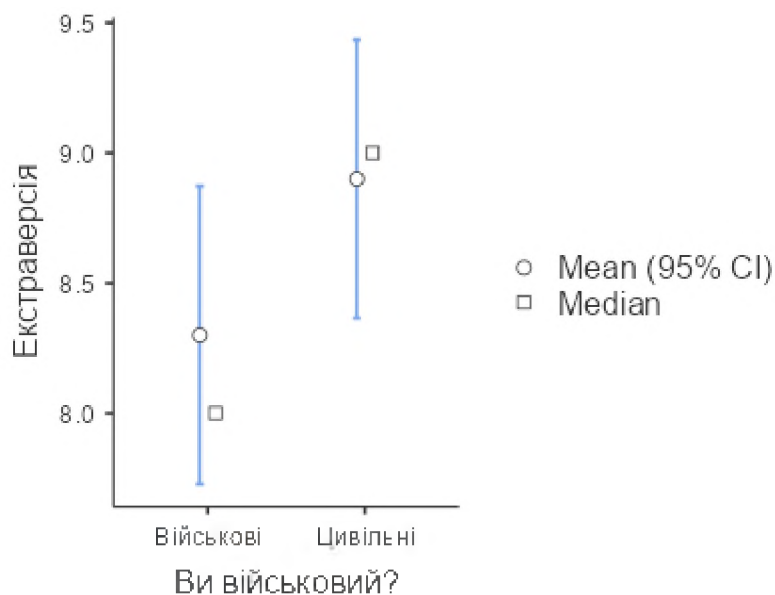


Рис. 3.1. Розподіл даних за критерієм «Екстраверсія»

Для показника «Дружелюбність» у військових $M=9.8$, $SD=2.12$; у цивільних $M=10.2$, $SD=2.06$ (Рис.3.2).

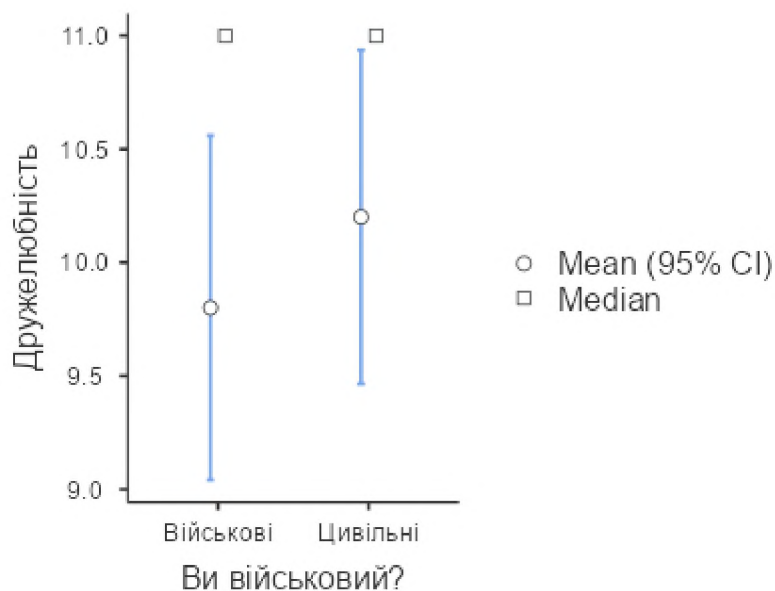


Рис.3.2. Розподіл даних за критерієм «Дружелюбність»

Для показника «Добросовісність» у військових $M=10.7$, $SD=1.47$; у цивільних $M=10.6$, $SD=1.45$ (Рис.3.3).

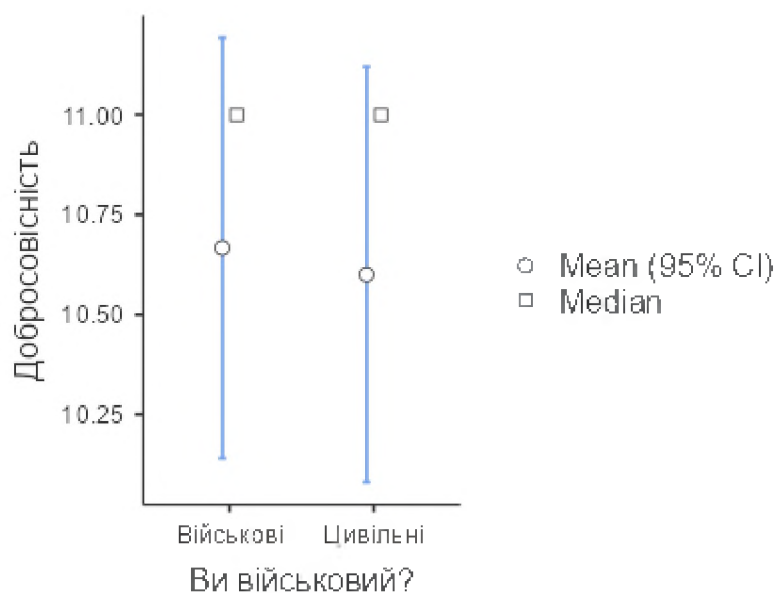


Рис. 3.3. Розподіл даних за критерієм «Добросовісність»

Для показника «Емоційна стабільність» за результатами у військових $M=7.73$, $SD=3.06$; у цивільних $M=9.5$, $SD=2.37$ (Рис.3.4).

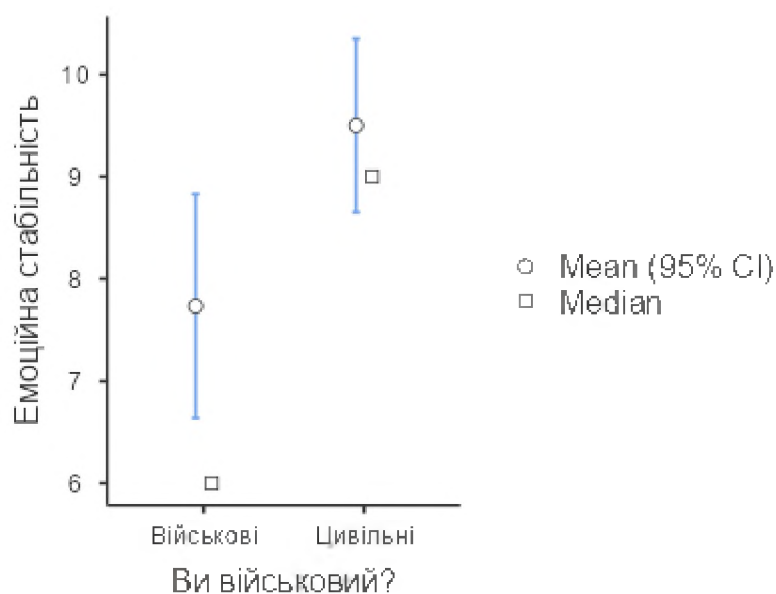


Рис.3.4. Розподіл даних за критерієм «Емоційна стабільність»

Для показника «Відкритість новому досвіду» у військових $M=7$, $SD=1.64$, для цивільних $M=7.1$, $SD=1.47$ (Рис.3.5).

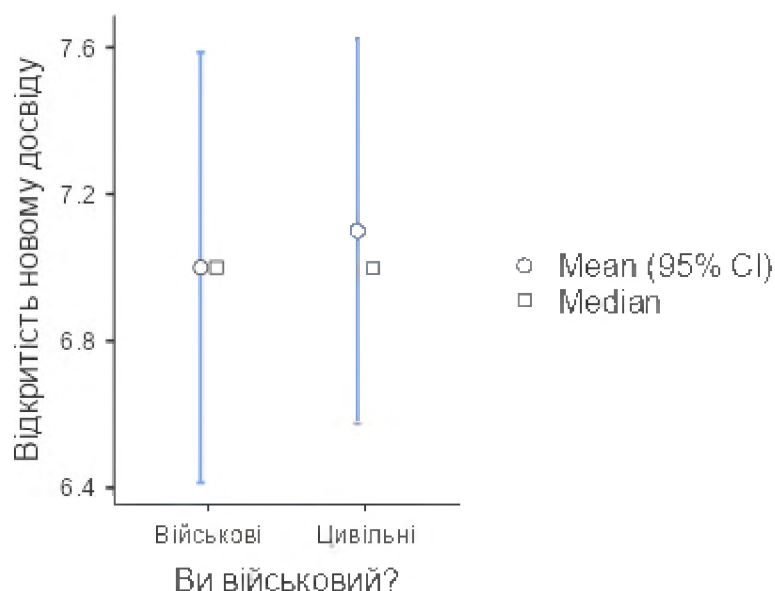


Рис.3.5. Розподіл даних за критерієм «Відкритість новому досвіду»

Загалом, за опитувальником ТІРІ різниця незначна, про те серед військових – показники трішки нижчі, ніж у цивільних.

Далі було розглянуто міри центральної тенденції опитувальника «Самопочуття, Активність, Настрій»

Табл. 3.3

Описові характеристики за опитувальником «Самопочуття, Активність, Настрій»

Descriptives				
	Ви військовий?	Самопочуття	Активність	Настрій
N	Військові	30	30	30
	Цивільні	30	30	30
Missing	Військові	0	0	0
	Цивільні	0	0	0
Mean	Військові	53.2	52.6	52.2
	Цивільні	56.6	56.0	56.2
Median	Військові	51.0	53.0	50.0
	Цивільні	56.0	57.0	56.0
Standard deviation	Військові	5.37	4.77	6.30
	Цивільні	5.98	4.06	4.82
Minimum	Військові	40	42	43
	Цивільні	40	42	43
Maximum	Військові	66	64	65

Descriptives

	Ви військовий?	Самопочуття	Активність	Настрій
	Цивільні	66	64	65

Вимірюючи «Самопочуття» були отримані наступні показники: для військових $M=53.2$, $SD=5.37$; для цивільних $M=56.6$, $SD=4.06$ (Рис.3.6).

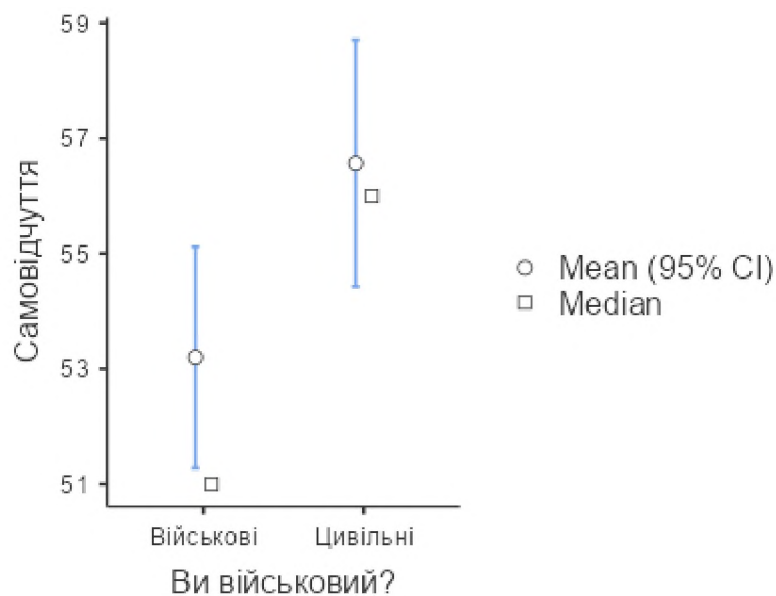


Рис.3.6. Розподіл даних за критерієм «Самопочуття»

Щодо «Активності», показники наступні: у військових $M=52.6$, $SD=4.7$; у цивільних $M=56$, $SD=4.06$ (Рис.3.7).

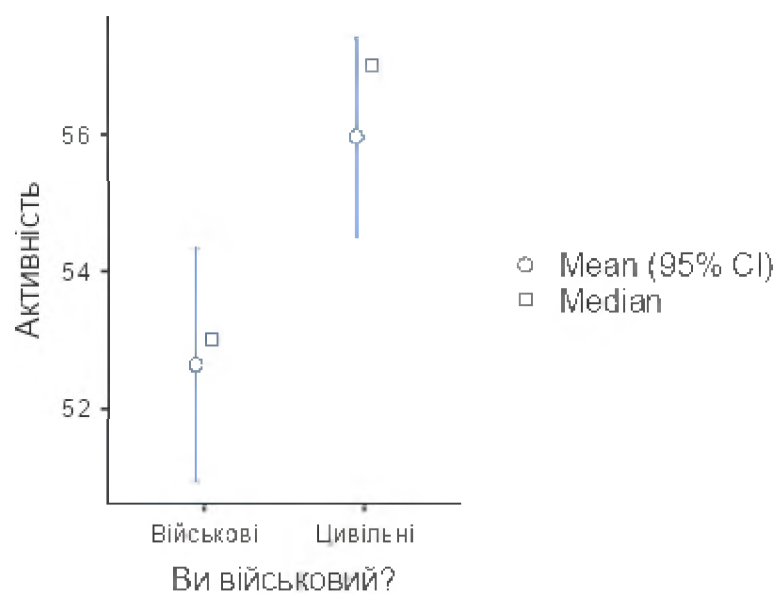


Рис.3.7. Розподіл даних за критерієм «Активність»

За показником «Настрій» для військових $M=52.2$, $SD=6.3$; для цивільних $M=56.2$, $SD=4.82$ (Рис.3.8).

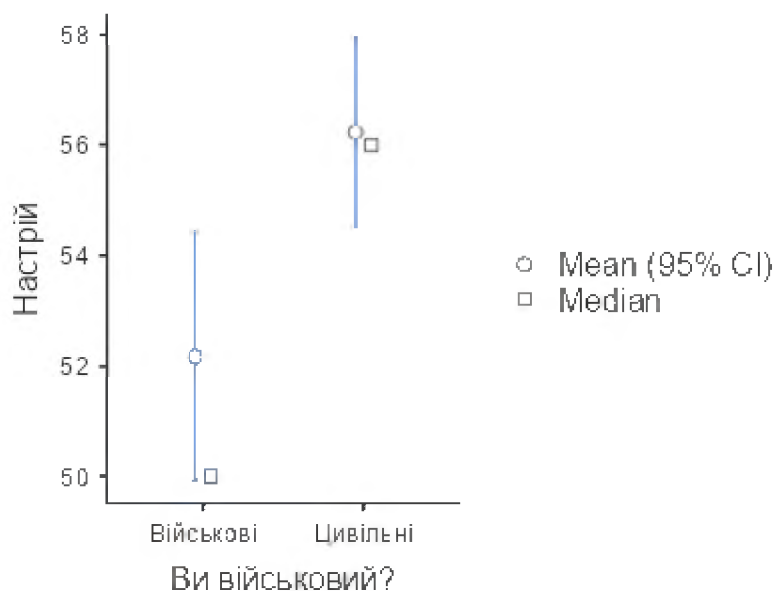


Рис.3.8. Розподіл даних за критерієм «Настрій»

Як ми можемо побачити, показники «Самопочуття, Активність та Настрій» кращі серед цивільних.

Надалі було розглянуто середні показники тесту життєстійкості.

Табл. 3.4

Описові характеристики Тесту Життєстійкості

Descriptives				
	Ви військовий?	Залученість	Контроль	Прийняття ризику
N	Військові	30	30	30
	Цивільні	30	30	30
Missing	Військові	0	0	0
	Цивільні	0	0	0
Mean	Військові	17.1	13.1	9.07
	Цивільні	22.0	16.6	11.0
Median	Військові	17.0	14.0	11.0
	Цивільні	23.5	17.0	12.0
Standard deviation	Військові	5.65	4.18	4.83
	Цивільні	4.72	4.21	3.66
Minimum	Військові	8	7	1
	Цивільні	13	8	3

Descriptives

	Ви військовий?	Залученість	Контроль	Прийняття ризику
Maximum	Військові	29	22	15
	Цивільні	29	22	15

По критерію «Залученість» для військових $M=17.1$, $SD=5.65$; для цивільних $M=22$, $SD=4.72$ (Рис.3.9).

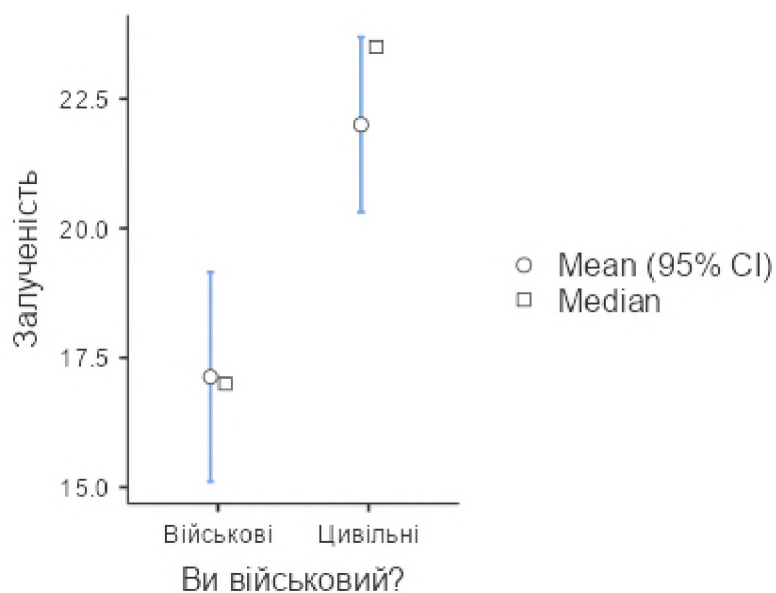


Рис.3.9. Розподіл даних за критерієм «Залученість»

Критерій «Контроль» складає: для військових $M=13.1$, $SD=4.18$; для цивільних $M=16.6$, $SD=4.21$ (Рис.3.10).

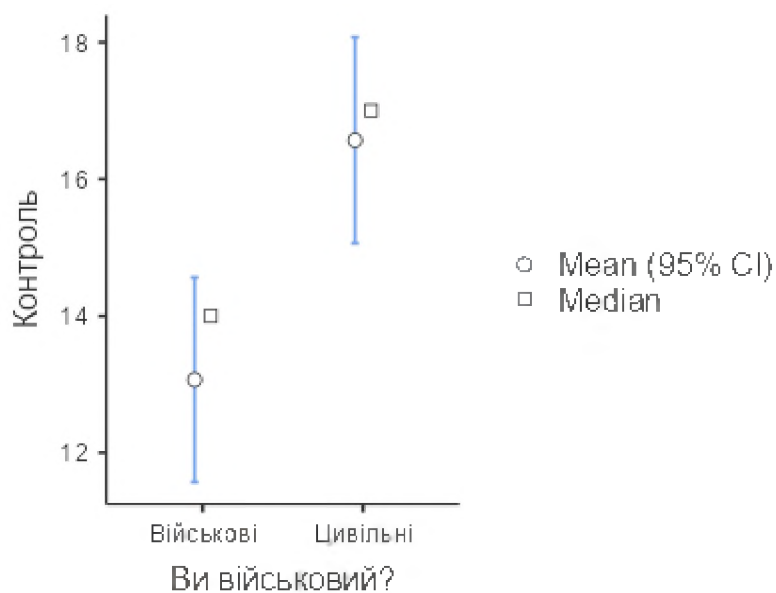


Рис.3.10. Розподіл даних за критерієм «Контроль»

За критерієм «Прийняття ризику» у військових $M=9.07$, $SD=4.83$; у цивільних $M=11$, $SD=3.66$ (Рис.3.11).

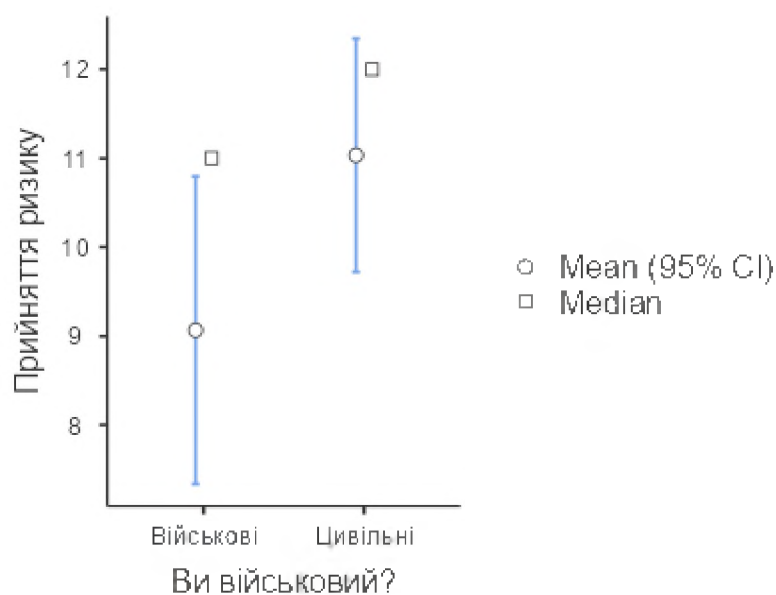


Рис.3.11. Розподіл даних за критерієм «Прийняття ризику»

Як ми можемо побачити, у цивільних усі три показники вищі.

Наступним кроком було отримання показників по тесту СЖО.

Табл 3.5

Описові характеристики Тесту СЖО

Descriptives

	Ви військовий?	Показник СЖО	1 – Цілі	2 – Процес	3 – Результат	4 – ЛК-Я	5 – ЛК-життя
N	Військові	30	30	30	30	30	30
	Цивільні	30	30	30	30	30	30
Missing	Військові	0	0	0	0	0	0
	Цивільні	0	0	0	0	0	0
Mean	Військові	109	34.0	31.1	26.8	21.1	33.3
	Цивільні	116	35.8	33.1	29.0	22.8	34.2
Median	Військові	107	33.0	32.0	26.0	21.0	34.0
	Цивільні	116	36.0	33.0	30.0	23.0	34.0

Descriptives

	Ви військовий?	Показник СЖО	1 – Цілі	2 – Процес	3 – Результат	4 – ЛК-Я	5 – ЛК- життя
Standard deviation	Військові	9.09	4.00	3.37	3.43	2.74	3.51
	Цивільні	10.0	3.73	4.18	3.71	2.62	3.16
Minimum	Військові	80	24	24	20	16	24
	Цивільні	80	24	24	20	16	24
Maximum	Військові	131	40	37	33	28	42
	Цивільні	131	40	40	33	28	42

По загальному показнику СЖО для військових $M=109$, $SD=9.09$; для цивільних $M=116$, $SD=10$ (Рис.3.12).

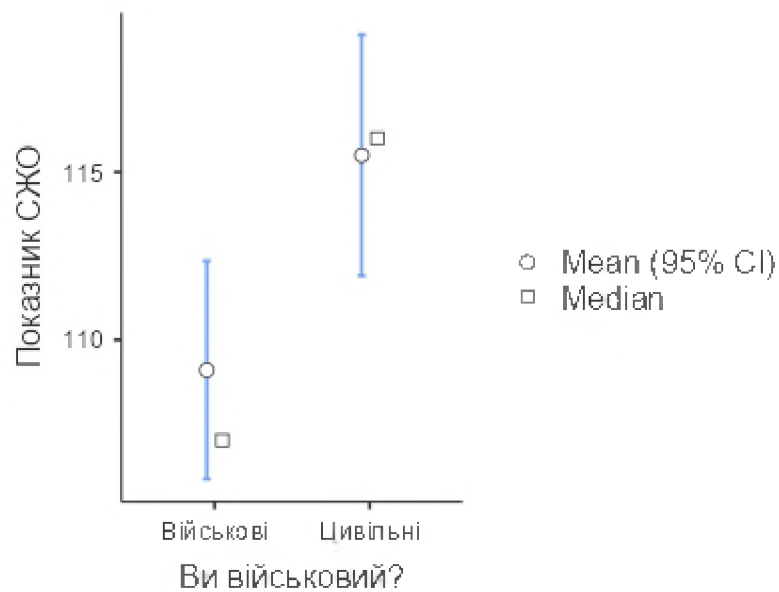


Рис.3.12. Розподіл даних по загальному показнику СЖО

За субшкалою Цілі для військових $M=34$, $SD=4$; для цивільних $M=35.8$, $SD=3.73$ (Рис.3.13).

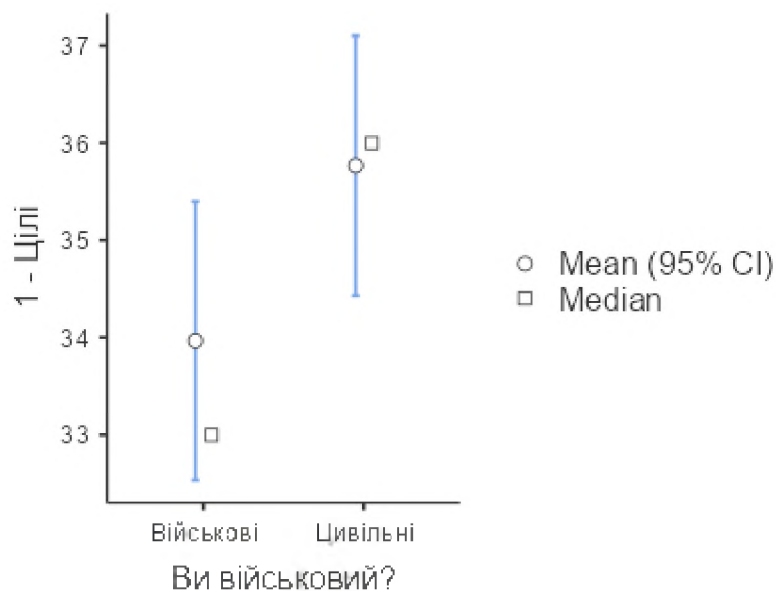


Рис.3.13. Розподіл даних за критерієм «Цілі»

За субшкалою Процес у військових $M=31.1$, $SD=3.37$, у цивільних $M=33.1$, $SD=4.18$ (Рис.3.14).

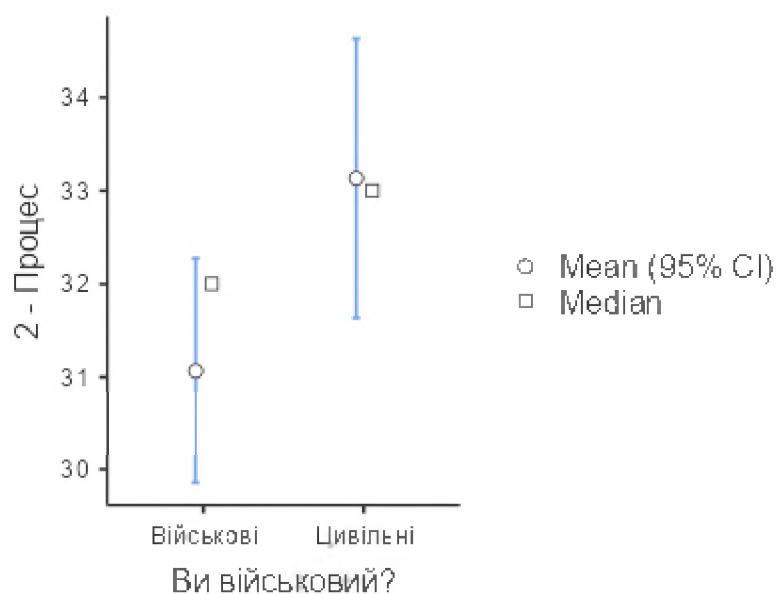


Рис.3.14. Розподіл даних за критерієм «Процес»

За субшкалою Результат у військових $M=26.8$, $SD=3.43$, для цивільних $M=29$, $SD=3,71$ (Рис.3.15).

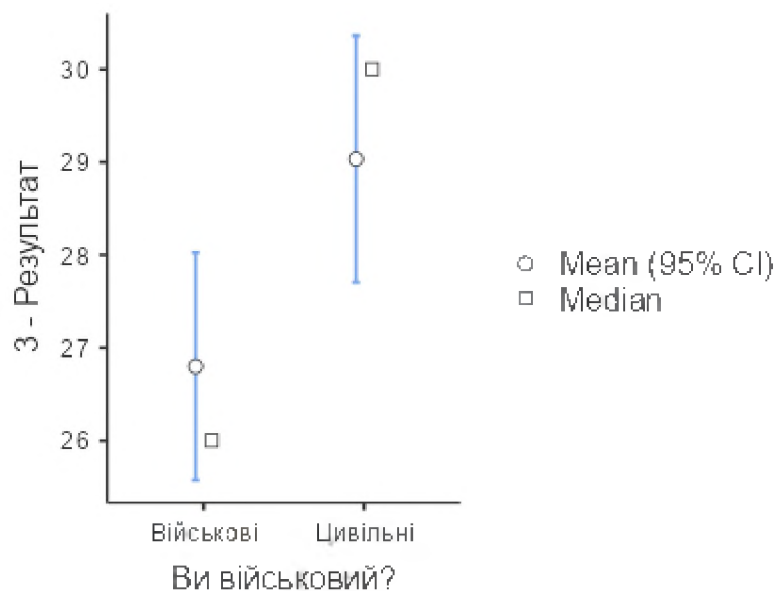


Рис.3.15. Розподіл даних за критерієм «Результат»

За субшкалою Локус контролю – Я для військових $M=21.1$, $SD=2.74$; для цивільних $M=22.8$, $SD=2.62$ (Рис.3.16).

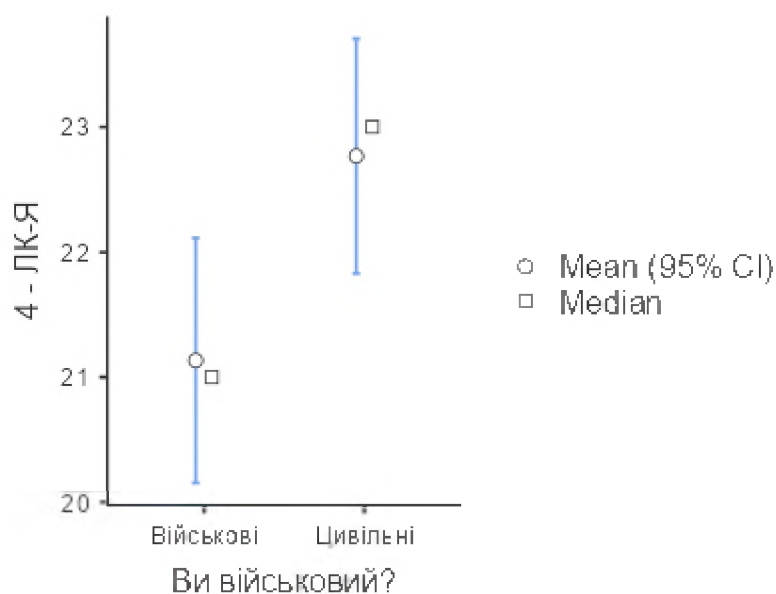


Рис.3.16. Розподіл даних за критерієм «Локус контролю – Я»

За субшкалою Локус контролю – життя, для військових $M=33.3$, $SD=3.51$; для цивільних $M=34.2$, $SD=3.16$ (Рис.3.17).

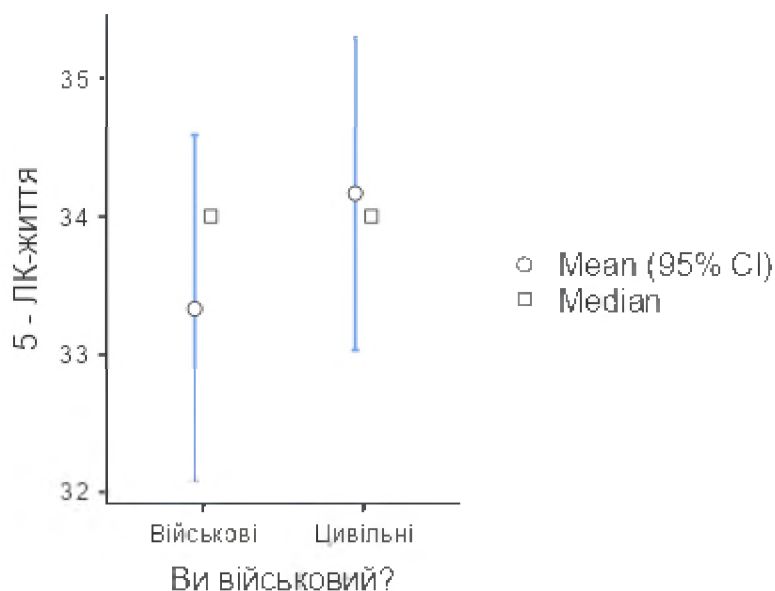


Рис.3.17. Розподіл даних за критерієм «Локус контролю – життя»

Як ми бачимо, за всіма показниками серед цивільних трохи кращі результати.

Далі було розглянуто середні показники за шкалою оцінки впливу травматичної події

Табл. 3.6

Описові характеристики шкали ПТСР

Descriptives

	Ви військовий?	Шкала ПТСР	Вторгнення	Уникнення	Збудженість
N	Військові	30	30	30	30
	Цивільні	30	30	30	30
Missing	Військові	0	0	0	0
	Цивільні	0	0	0	0
Mean	Військові	48.6	15.0	18.3	15.3
	Цивільні	31.1	8.90	14.2	8.00
Median	Військові	52.0	15.0	18.5	14.0
	Цивільні	25.0	5.50	13.5	7.00
Standard deviation	Військові	22.9	7.22	8.95	7.85
	Цивільні	19.0	7.62	8.25	6.41
Minimum	Військові	8	3	2	1
	Цивільні	8	2	2	1
Maximum	Військові	86	27	36	29

Descriptives

Ви військовий?	Шкала ПТСР	Вторгнення	Уникнення	Збудженість
Цивільні	77	25	34	23

За загальним показником шкали оцінки впливу травматичної події нами було отримано наступні результати: для військовослужбовців $M=48.6$, $SD=29.2$, для цивільних $M=31.1$, $SD=19$ (Рис.3.18).

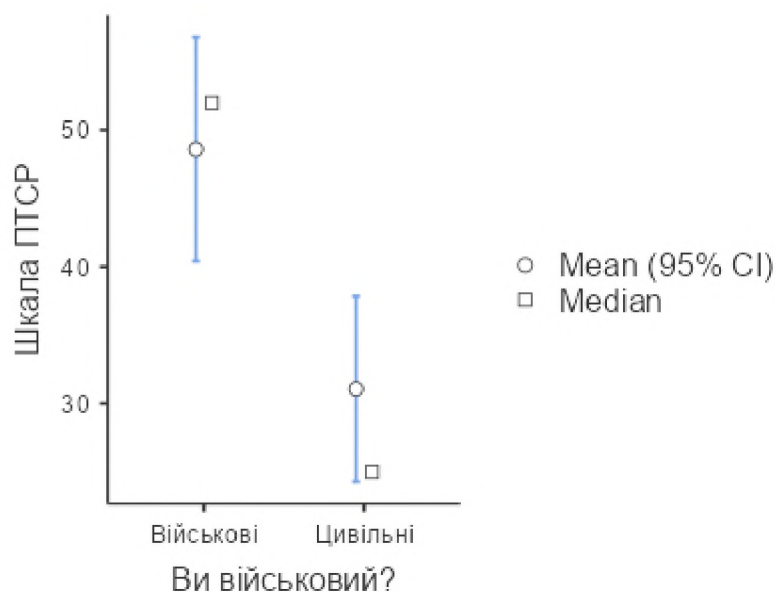


Рис.3.18. Розподіл даних за шкалою ПТСР

За субшкалою Вторгнення для військових $M=15$, $SD=7.22$; для цивільних $M=8.9$, $SD=7.62$ (Рис.3.19).

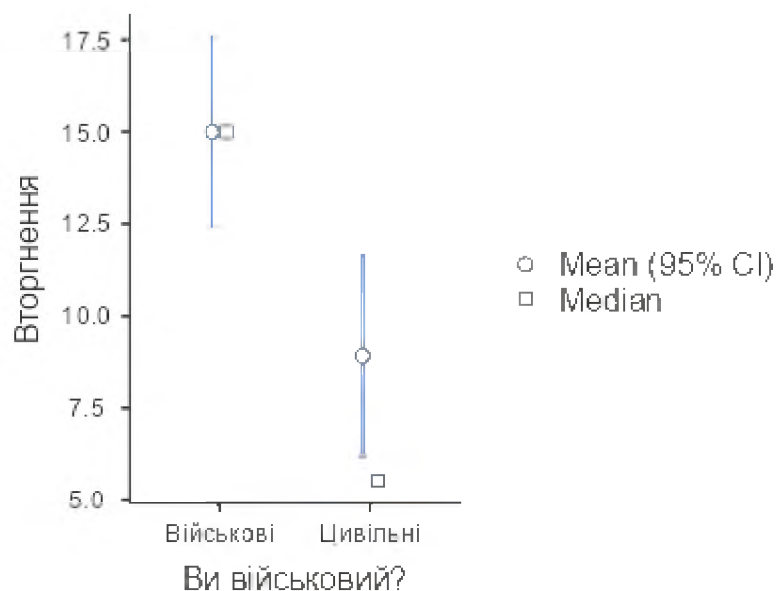


Рис.3.19. Розподіл даних за критерієм «Вторгнення»

За субшкалою Уникнення у військових $M=18.3$, $SD= 8.95$; у цивільних $M=14.2$, $SD=8.25$ (Рис.3.20).

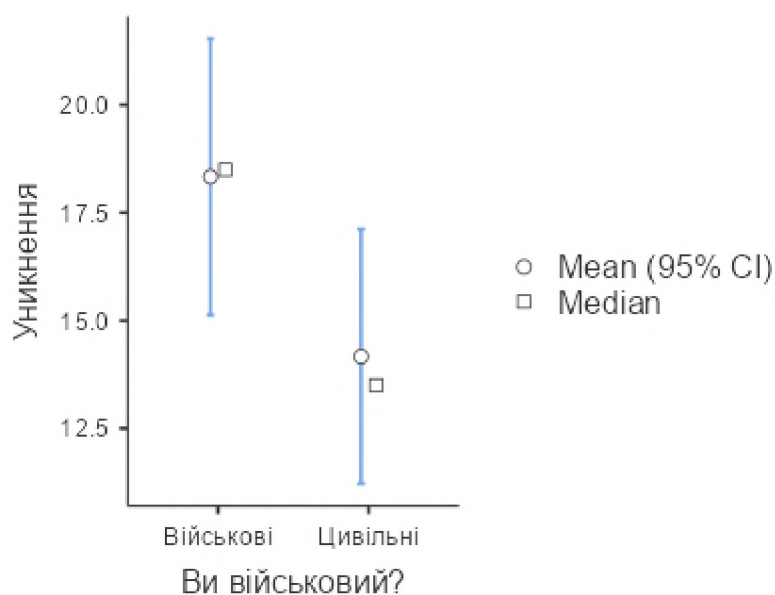


Рис.3.20. Розподіл даних за критерієм «Уникнення»

За субшкалою Збудженість у військових $M=15.3$, $SD=7.85$; у цивільних $M=8$, $SD=6.41$ (Рис.3.21).

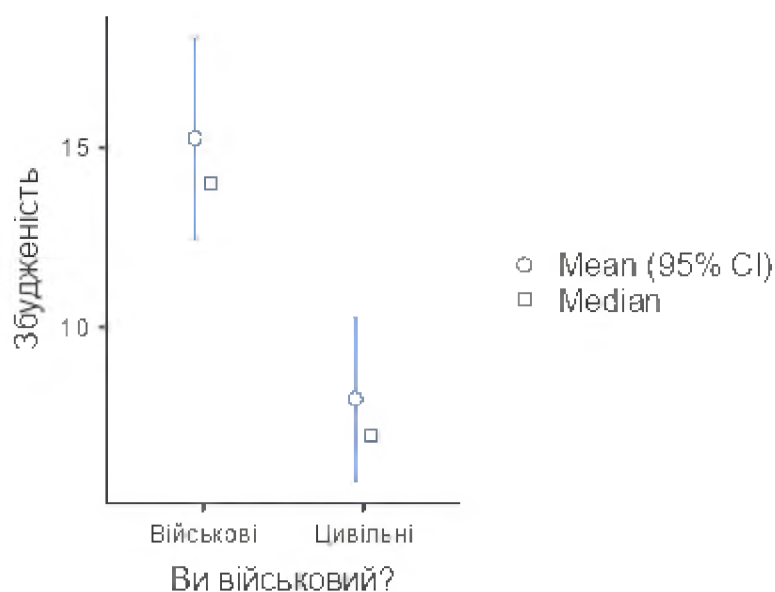


Рис.3.21. Розподіл даних за критерієм «Збудженість»

Як можна побачити, рівень впливу травматичних подій значно вищий серед військовослужбовців ніж цивільних.

На наступному етапі роботи були застосовані діаграми розсіювання

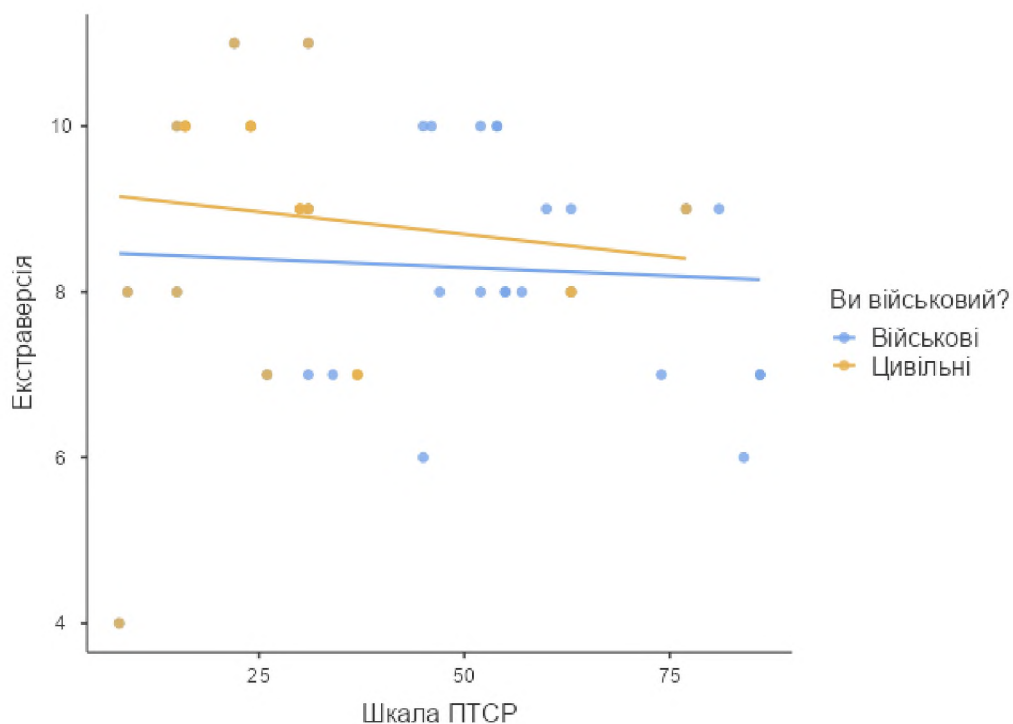


Рис.3.22. Діаграма розсіювання «Екстраверсія – ПТСР»

З діаграми розсіювання «Екстраверсія – ПТСР» (Рис.3.22) ми бачимо наступне: серед військовослужбовців не спостерігається залежності між екстраверсією і ПТСР, проте серед цивільних є незначна обернена залежність: чим нижча екстраверсія, тим вищий показник ПТСР.

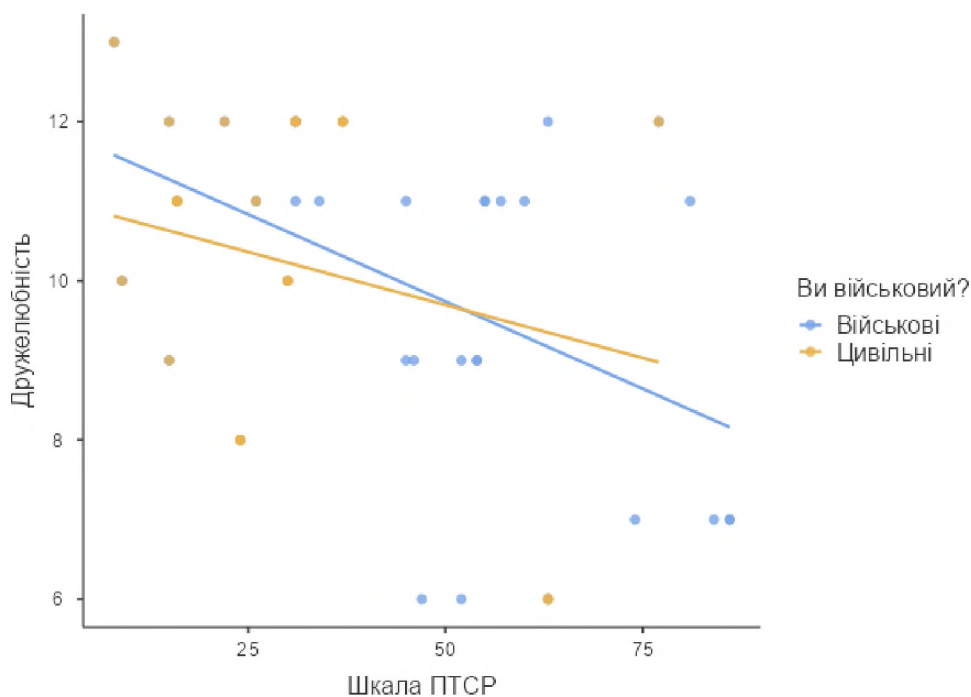


Рис.3.23. Діаграма розсіювання «Дружелюбність – ПТСР»

Діаграма «Дружелюбність – ПТСР» (Рис.3.23) показує обернену залежність між двома змінними, також ми бачимо що для військових дана залежність дещо сильніша.

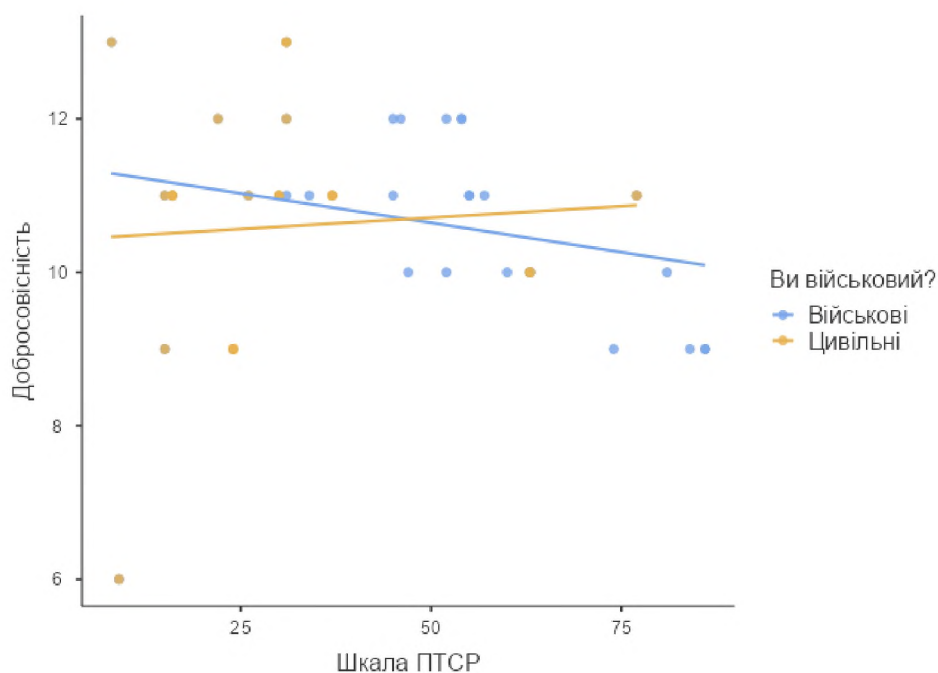


Рис.3.24. Діаграма розсіювання «Добросовісність – ПТСР»

На діаграмі розсіювання «Добросовісність – ПТСР» (Рис.3.24) спостерігається пряма залежність для цивільних і обернена залежність для військових, тобто серед військових ПТСР тим вище, чим менша

добросовісність, а серед цивільних – вищий рівень розвитку ПТСР серед добросовісних громадян.

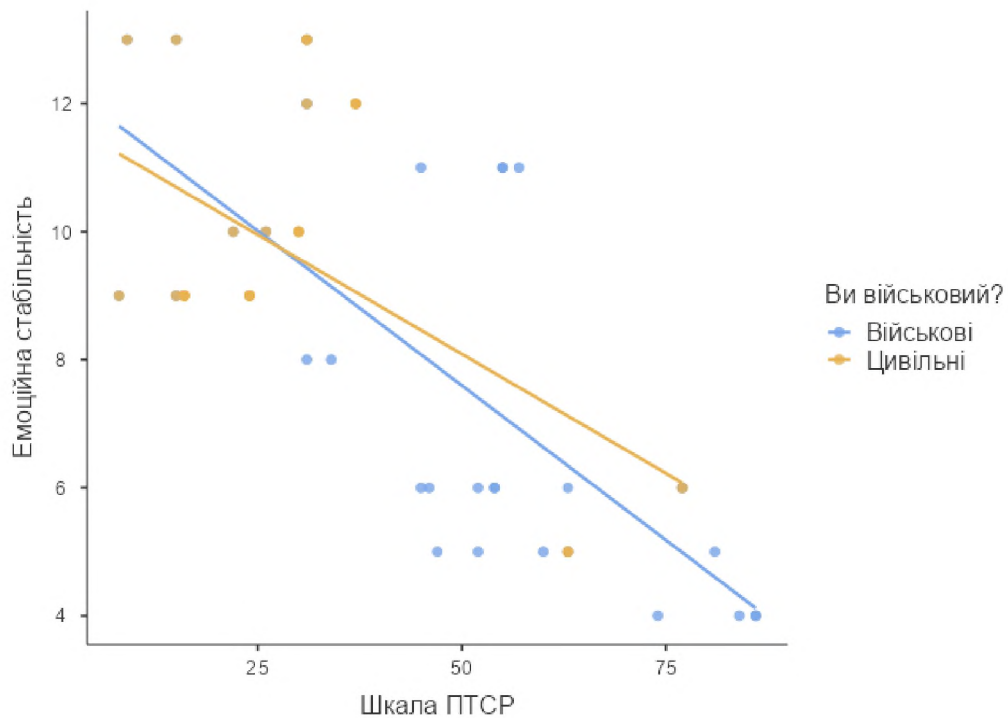


Рис.3.25. Діаграма розсіювання «Емоційна стабільність – ПТСР»

Між критеріями «Емоційна стабільність – ПТСР» (Рис.3.25) спостерігається обернена залежність, яка каже про те, що чим менша емоційна стабільність, тим вищий рівень розвитку ПТСР. Серед військових залежність сильніша, ніж серед цивільних.

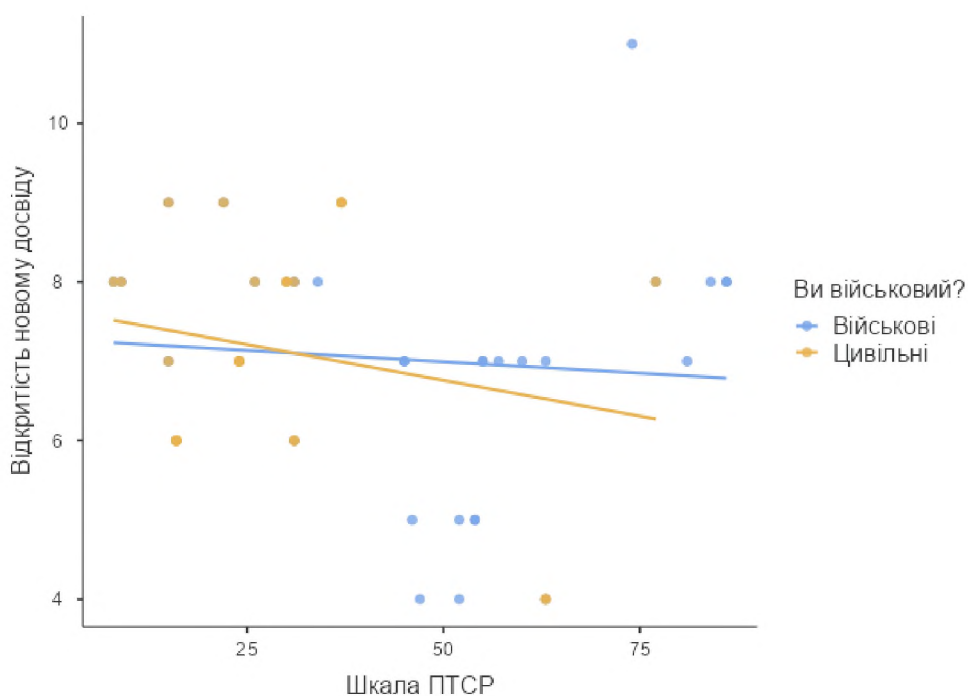


Рис.3.26. Діаграма розсіювання «Відкритість новому досвіду – ПТСР»

Серед військових не спостерігається залежності між відкритістю до нового досвіду та рівнем ПТСР (Рис.3.26), про те незначна обернена залежність є серед цивільних.

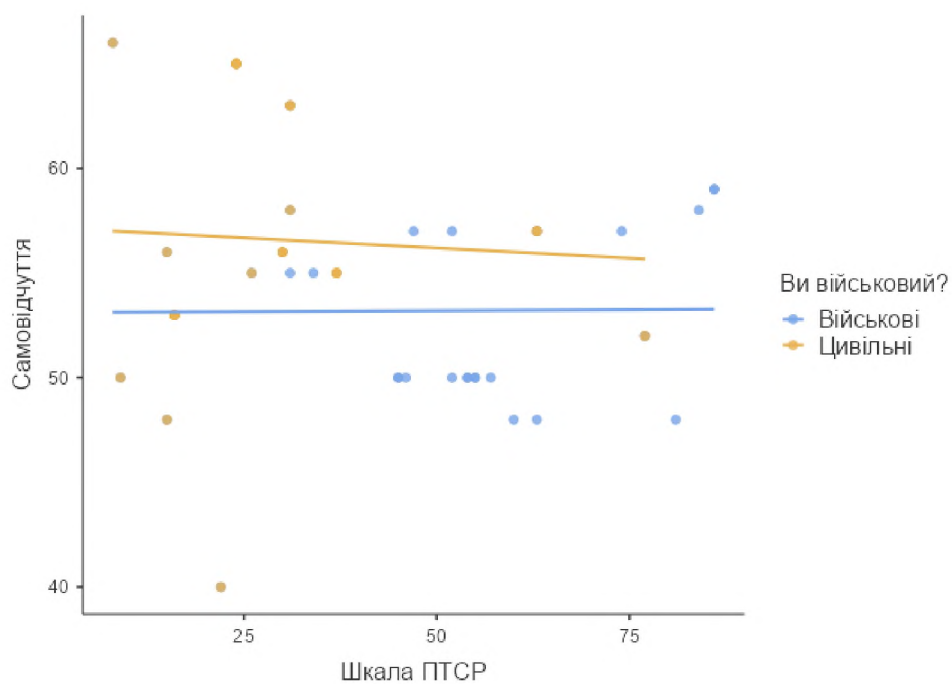


Рис.3.27. Діаграма розсіювання «Самовідчуття – ПТСР»

Не спостерігається залежності між критеріями самопочуття та ПТСР (Рис.3.27), про те з діаграми видно що самопочуття у цивільних краще, ніж у військових.

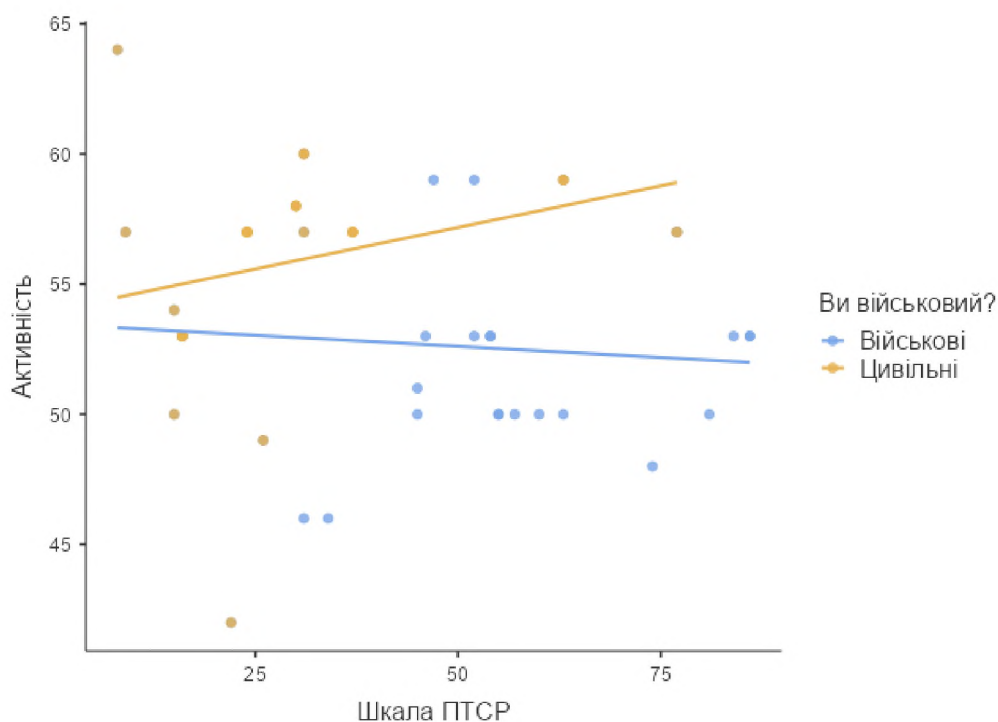


Рис.3.28. Діаграма розсіювання «Активність – ПТСР»

Ледве помітна залежність між зниженою активністю і більшим показником ПТСР спостерігається серед військових (Рис.3.28). Серед цивільних бачимо пряму залежність між ПТСР і активністю.

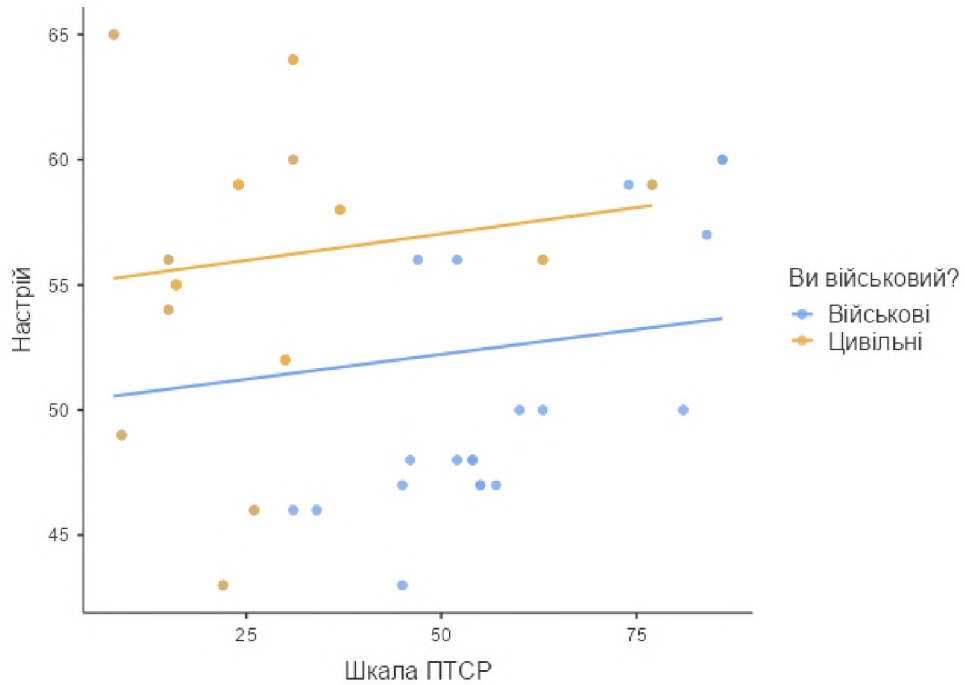


Рис.3.29. Діаграма розсіювання «Настрій – ПТСР»

Невелика пряма залежність спостерігається між рівнем настрою, та рівнем ПТСР (Рис.3.29), при цьому рівень настрою вищий серед цивільних.

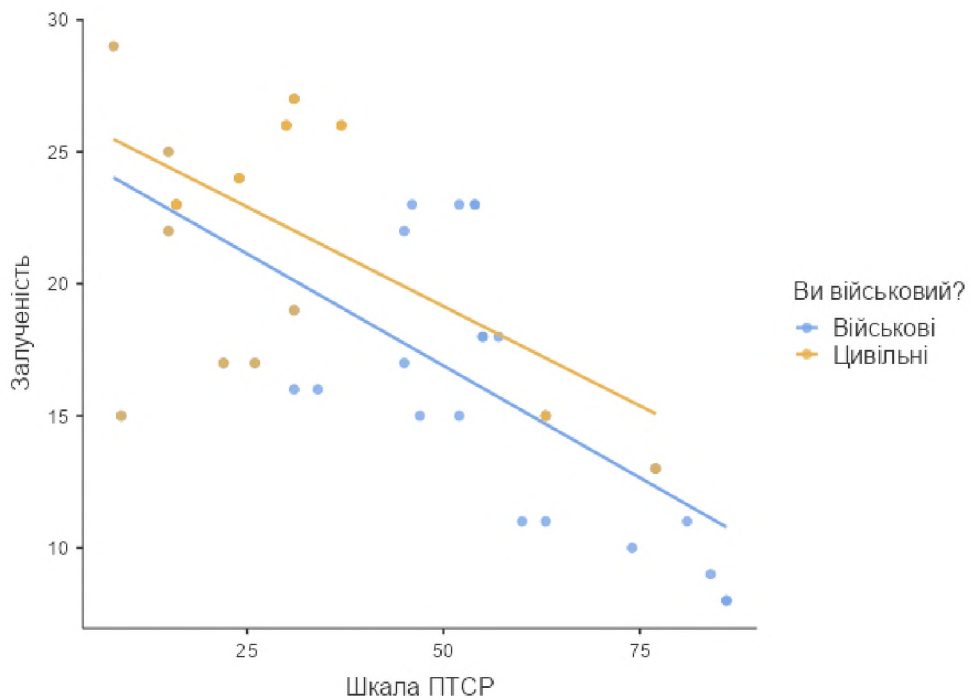


Рис.3.30. Діаграма розсіювання «Залученість – ПТСР»

Між критеріями Залученість і ПТСР спостерігається обернена залежність для цивільних і військових (Рис.3.30), при цьому рівень залученості вищий серед цивільних.

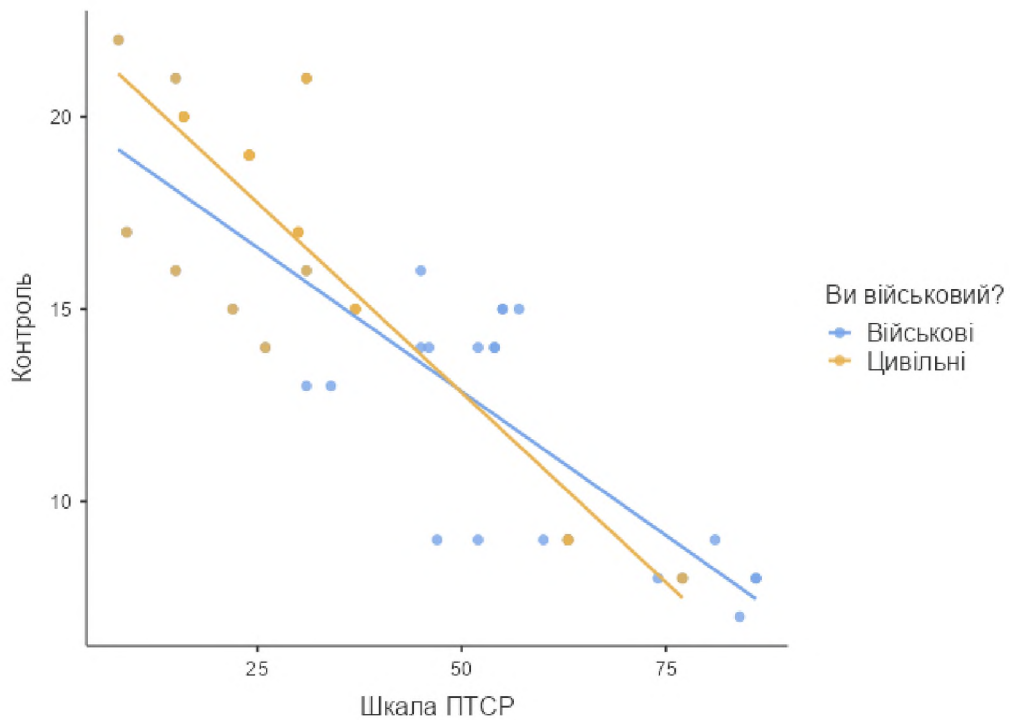


Рис.3.31. Діаграма розсіювання «Контроль – ПТСР»

З діаграми «Контроль – ПТСР» (Рис.3.31) бачимо обернену залежність між критеріями.

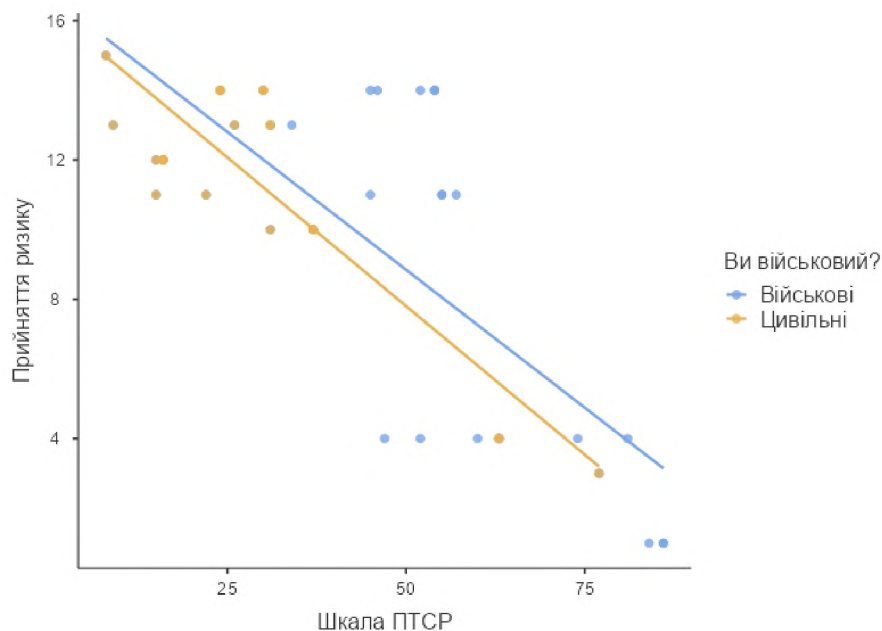


Рис.3.32. Діаграма розсіювання «Прийняття ризику – ПТСР»

Чим вищий рівень прийняття ризику, тим менший прояв ПТСР спостерігається для обох груп опитуваних, при цьому рівень прийняття ризику дещо вищий у військових (Рис.3.32).

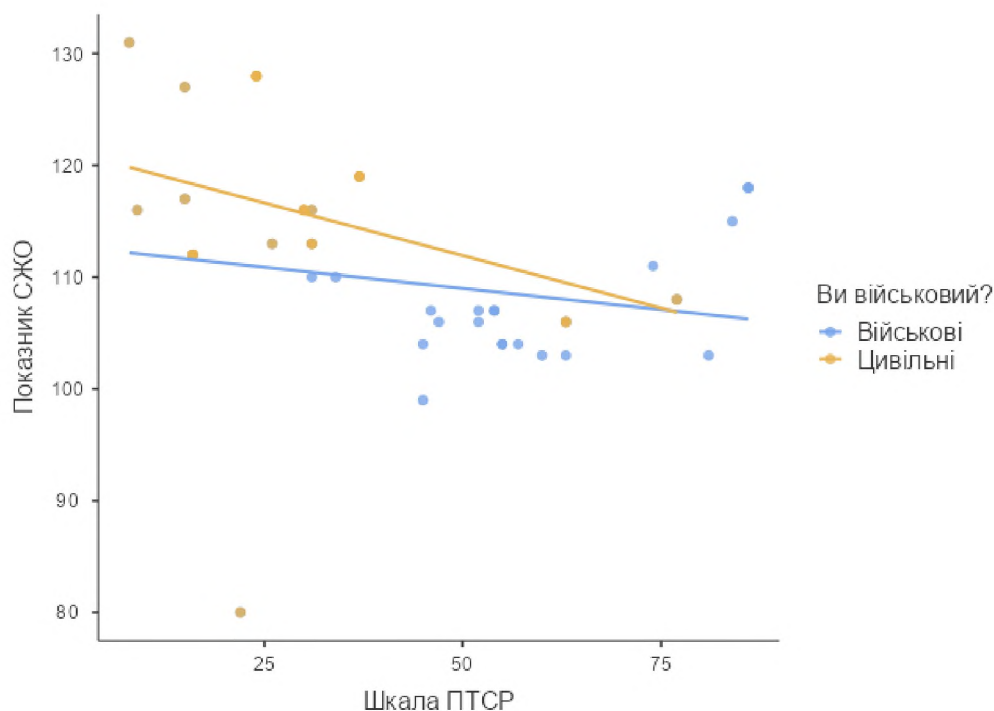


Рис.3.33. Діаграма розсуювання «Загальний показник СЖО – ПТСР»

Не спостерігається залежності між загальним показником СЖО та рівнем ПТСР серед військових (Рис.3.33), про те спостерігаємо обернену залежність для цивільних.

Далі перейдемо до субшкал СЖО.

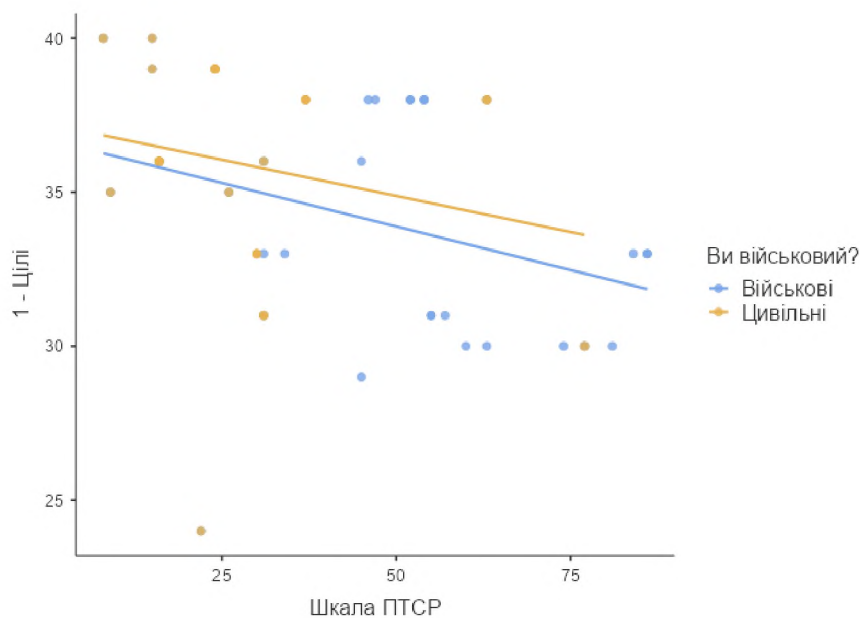


Рис.3.34. Діаграма розсіювання «Цілі – ПТСР»

Ми можемо бачити слабку обернену залежність між критеріями цілі та ПТСР для обох груп (Рис.3.34).

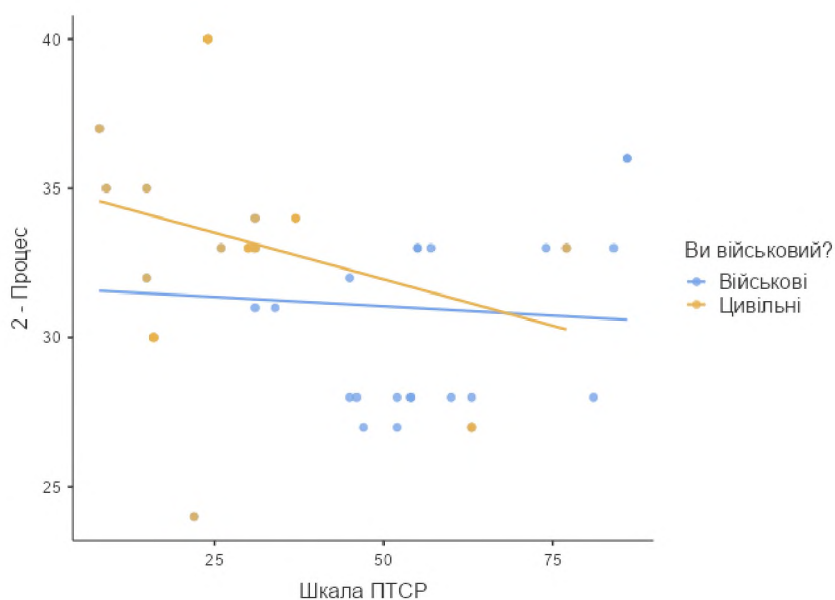


Рис. 3.35. Діаграма розсіювання «Процес – ПТСР»

Для військових не спостерігається залежності між показниками Процес та ПТСР (Рис.3.35), про те серед цивільних є обернена залежність.

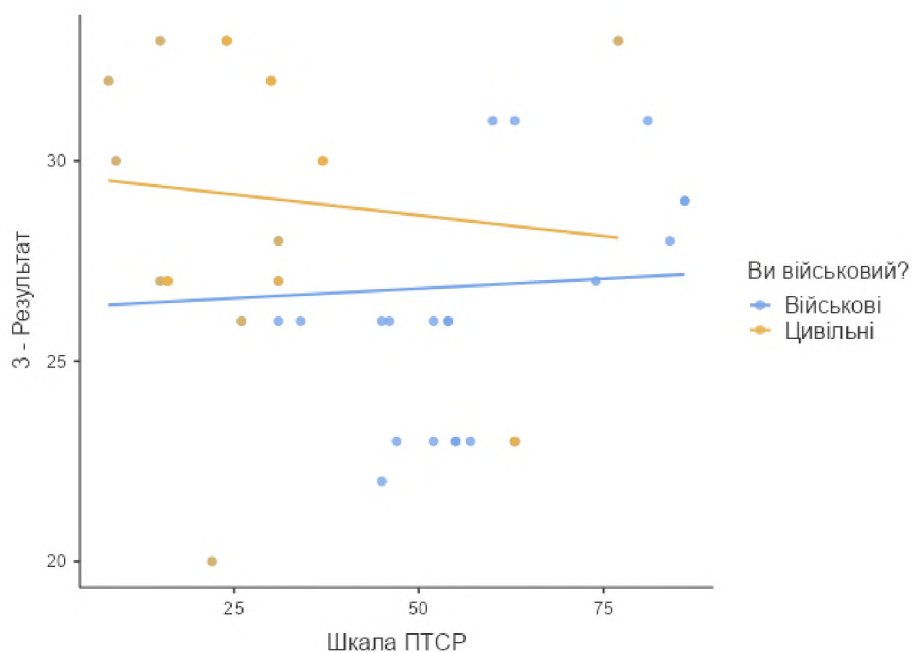


Рис.3.36. Діаграма розсіювання «Результат – ПТСР»

Слабку обернену залежність між показниками Результат і ПТСР (Рис.3.36) можна побачити для цивільних, у військових ледь помітна пряма залежність по цим показникам.

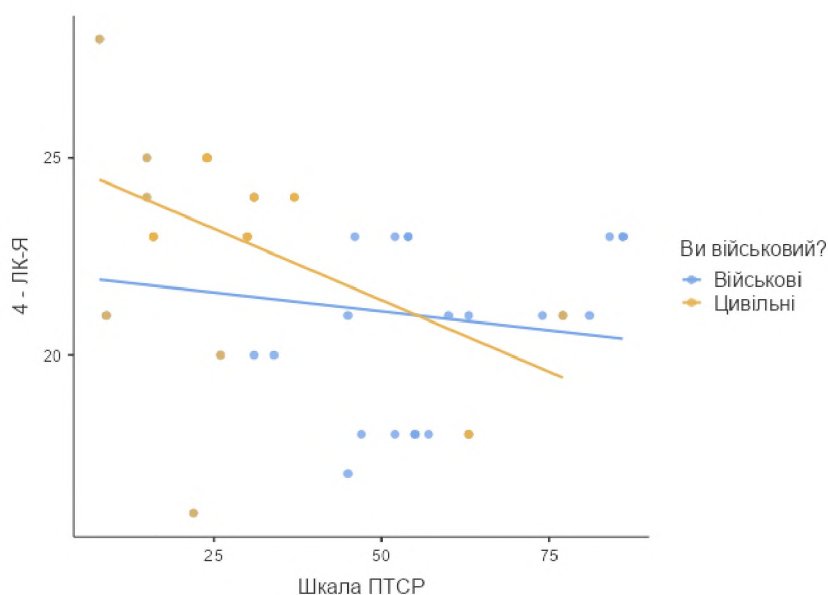


Рис. 3.37. Діаграма розсіювання «Локус контролю-Я – ПТСР»

На діаграмі «Локус контролю-Я – ПТСР» (Рис.3.37) спостерігається слабка обернена залежність для військових і сильна обернена залежність для цивільних.

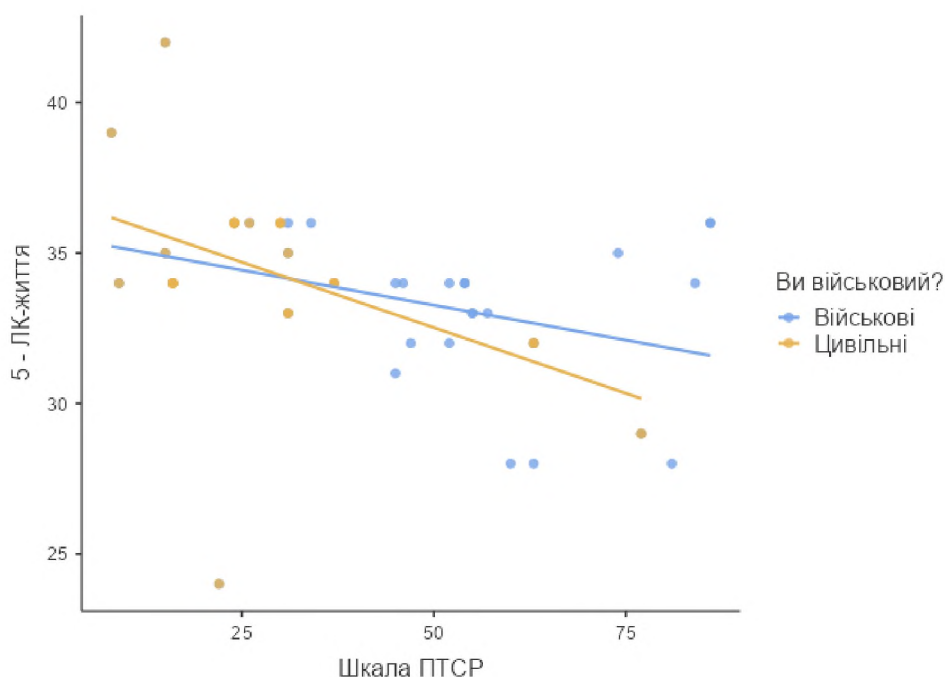


Рис.3.38. Діаграма розсіювання «Локус контролю-Життя – ПТСР»

Чим вищі показники між Локусом контролю – Життя, тим нижчі показники ПТСР для обох груп (Рис.3.38), про те залежність більша у цивільних.

На наступному етапі нами було розглянуто кореляційні зв'язки.

Табл.3.6

Кореляційні зв'язки між шкалою ПТСР і тестом життєстійкості

Partial Correlation

		Шкала ПТСР	Вторгненн я	Збудженіст ь	Залученіст ь	Контрол ь	Прийнятт я ризику
Шкала ПТСР	Pearson' s r	—					
	p-value	—					
Вторгнення	Pearson' s r	0.903 **	—				
	p-value	<.00 1	—				
Збудженіст ь	Pearson' s r	0.929 **	0.833 ***	—			
	p-value	<.00 1	<.001	—			
Залученіст ь	Pearson' s r	-.657 **	-0.566 ***	-0.768 ***	—		

Partial Correlation

		Шкала ПТСР	Вторгненн я	Збудженіст ь	Залученіст ь	Контрол ь	Прийнятт я ризику
	p-value	< .00 1	< .001	< .001	—		
Контроль	Pearson' s r	- ** 0.845 *	-0.802 ***	-0.846 ***	0.835 ***	—	
	p-value	< .00 1	< .001	< .001	< .001	—	
Прийняття ризикy	Pearson' s r	- ** 0.827 *	-0.748 ***	-0.871 ***	0.810 ***	0.863 ***	—
	p-value	< .00 1	< .001	< .001	< .001	< .001	—

Note. Controlling for 'Ви військовий?' and 'Чи приймали Ви участь в активних бойових діях?'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Сильні кореляційні зв'язки (Табл. 3.6) виявлено:

- між загальним показником по шкалі ПТСР, та такими критеріями, як «Залученість» ($r=0.657, p<0.001$), «Контроль» ($r=0.845, p<0.001$), «Прийняття ризику» ($r=0.827, p<0.001$) (Рис.3.39);

- між критерієм «Вторгнення» та критеріями «Залученість» ($r=-0.566, p<0.001$), «Контроль» ($r=-0.802, p<0.001$), «Прийняття ризику» ($r=-0.748, p<0.001$) (Рис.3.40);

- між критерієм «Збудженість» та критеріями «Залученість» ($r=-0.768, p<0.001$), «Контроль» ($r=-0.846, p<0.001$), «Прийняття ризику» ($r=-0.871, p<0.001$) (Рис.3.41).

Plot

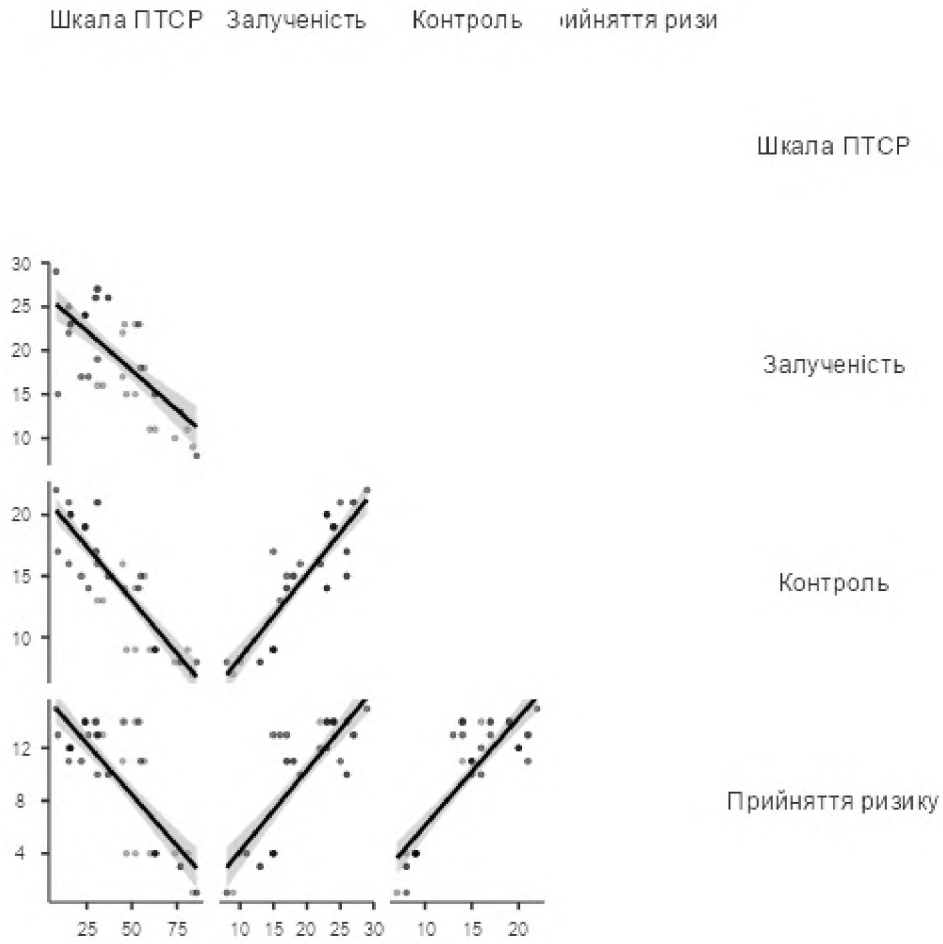


Рис.3.39 Кореляційні зв'язки між критеріями «Шкала ПТСР» і «Залученість», «Контроль», «Прийняття ризику»

Plot

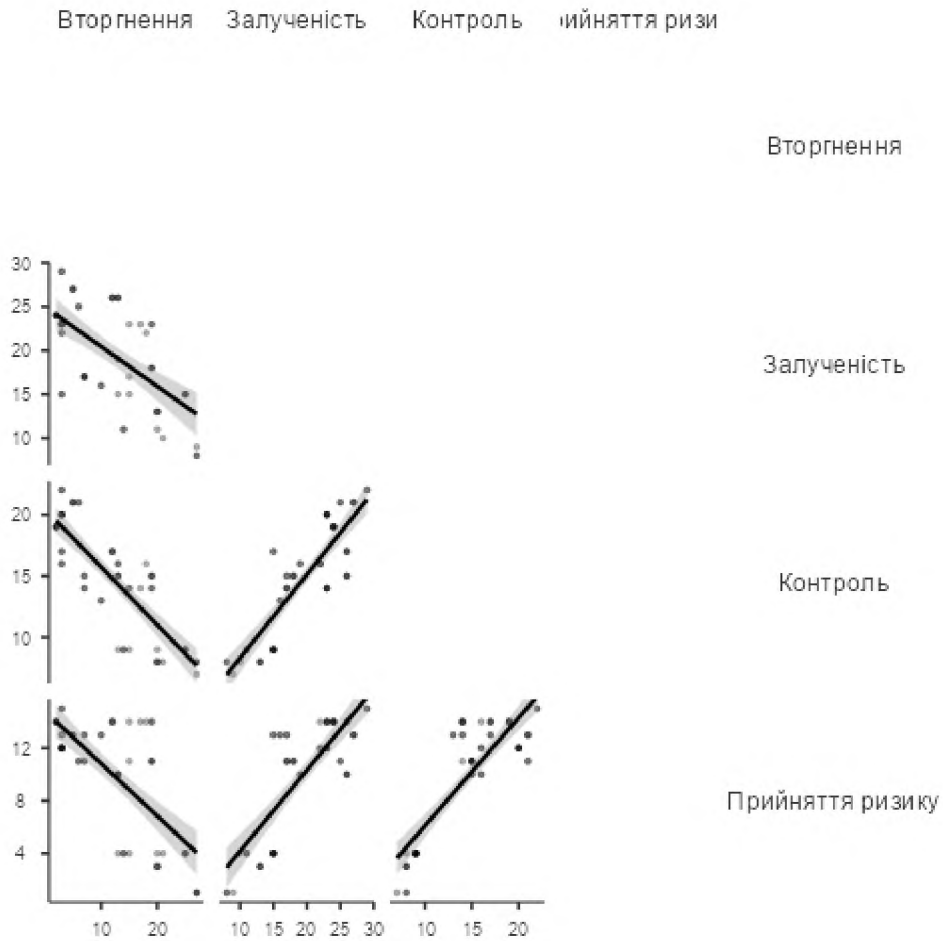


Рис. 3.40 Кореляційні зв'язки між критеріями «Вторгнення» і «Залучення», «Контроль», «Прийняття ризику»

Plot

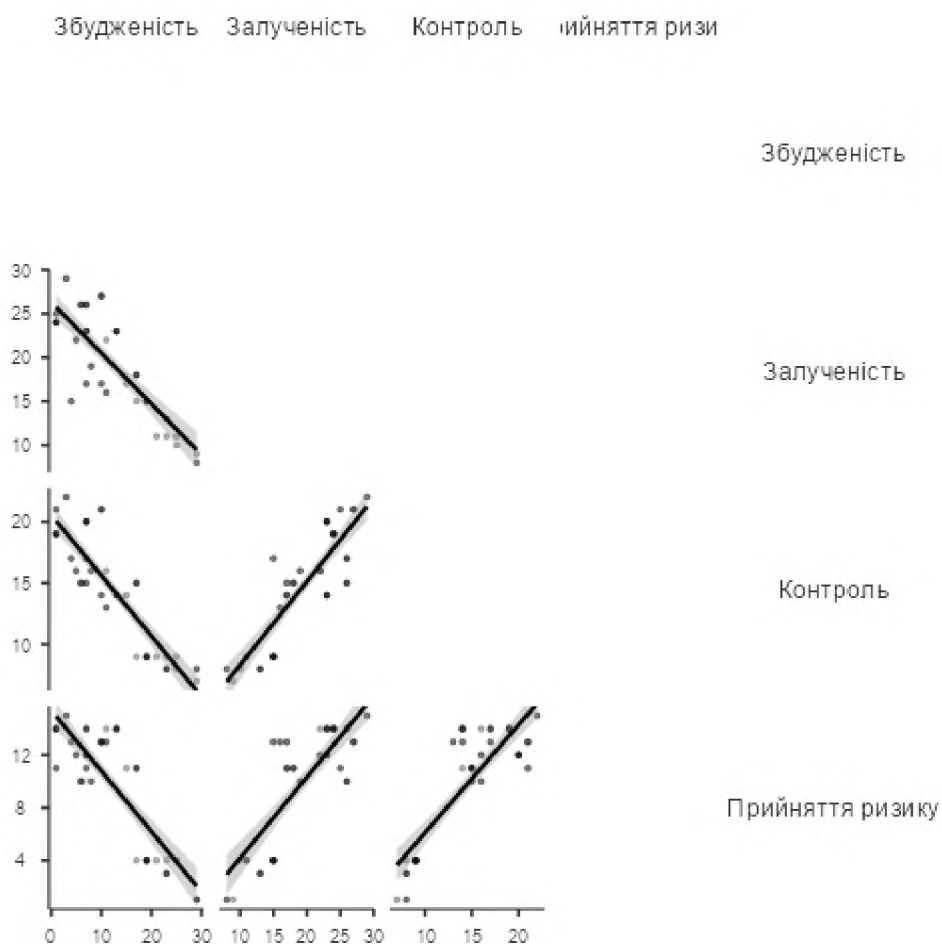


Рис.3.41. Кореляційні зв'язки між критерієм «Збудженість» і критеріями «Залученість», «Контроль», «Прийняття ризику»

Табл.3.8

Кореляційні зв'язки між тестом САН і тестом СЖО

		Самовідчуття	Активність	Настрій
Самовідчуття	Pearson's r	—		
	p-value	—		
Активність	Pearson's r	0.680 ***	—	
	p-value	< .001	—	
Настрій	Pearson's r	0.758 ***	0.715 ***	—
	p-value	< .001	< .001	—
Показник СЖО	Pearson's r	0.701 ***	0.498 ***	0.586 ***
	p-value	< .001	< .001	< .001
1 – Цілі	Pearson's r	0.438 ***	0.469 ***	0.308 *
	p-value	< .001	< .001	0.019
2 – Процес	Pearson's r	0.615 ***	0.295 *	0.455 ***

		Самовідчуття	Активність	Настрій
	p-value	< .001	0.024	< .001
4 – ЛК-Я	Pearson's r	0.529 ***	0.398 **	0.583 ***
	p-value	< .001	0.002	< .001
5 – ЛК-життя	Pearson's r	0.490 ***	0.258	0.296 *
	p-value	< .001	0.050	0.024

Були виявлені сильні кореляційні зв'язки між тестами СЖО та САН (Табл. 3.8), а саме:

- Критерієм «Самопочуття» теста САН і критеріями «Загальний показник СЖО» ($r=0.701$, $p<0.001$), «Цілі» ($r=0.438$, $p<0.001$), «Процес» ($r=0.615$, $p<0.001$), «Локус контролю – Я» ($r=0.529$, $p<0.001$), «Локус контролю – Життя» ($r=0.49$, $p<0.001$) (Рис.3.42);
- Критерієм «Активність» і критеріями «Загальний показник СЖО» ($r=0.498$, $p<0.001$), «Цілі» ($r=0.438$, $p<0.001$) (Рис.3.43);
- Критерієм «Настрій» і критеріями «Загальний показник СЖО» ($r=0.586$, $p<0.001$), «Процес» ($r=0.455$, $p<0.001$), «Локус контролю – Я» ($r=0.583$, $p<0.001$) (Рис.3.44).

Plot

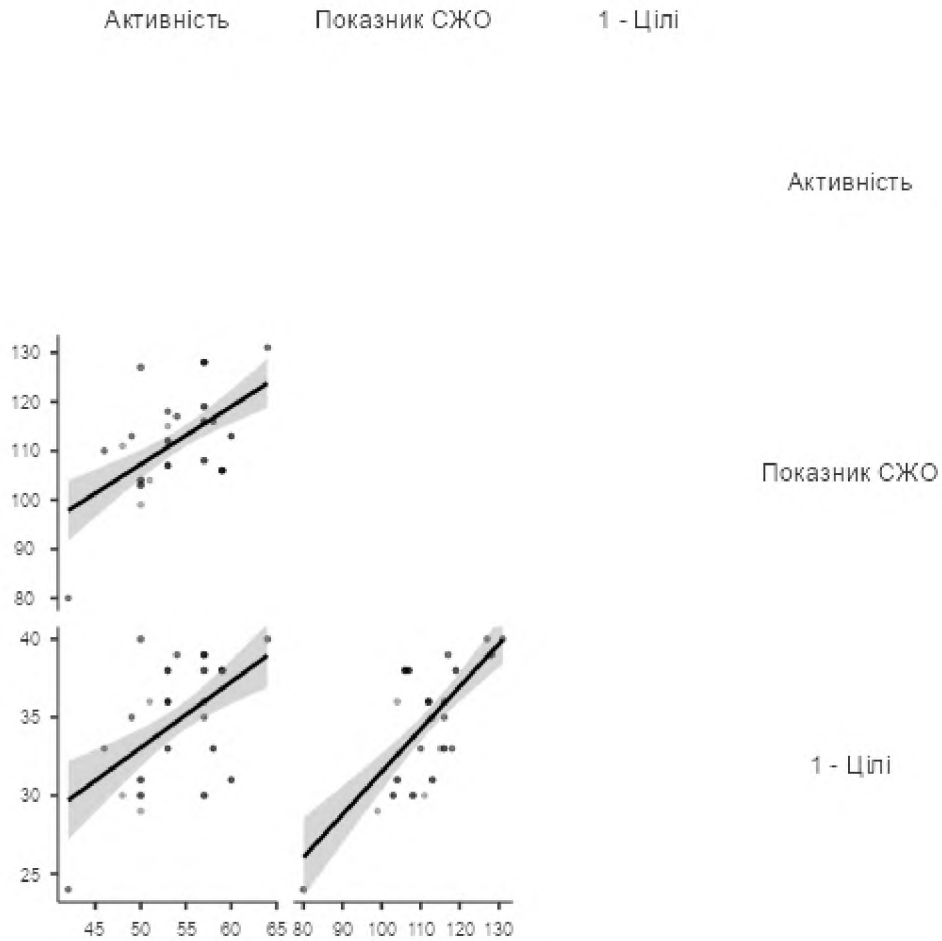


Рис.3.43 Кореляційні зв'язки між критерієм «Активність» і субшкалами СЖО

Plot

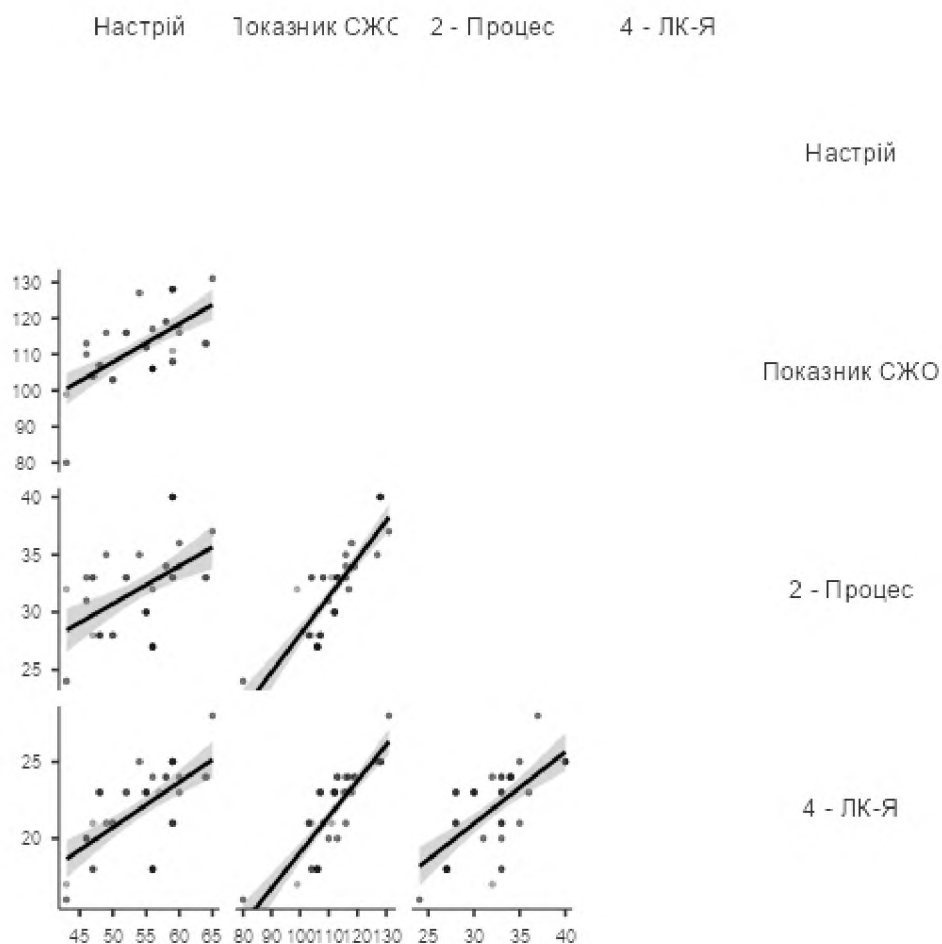


Рис.3.44. Кореляційні зв'язки між критерієм «Настрій» і субшкалами СЖО

Табл.3.9

Кореляційні зв'язки між тестом життєстійності та тестом СЖО

Partial Correlation

		Залученість	Контроль	Прийняття ризику	4 – ЛК-Я	5 – ЛК-життя
Залученість	Pearson's r	—				
	p-value	—				
Контроль	Pearson's r	0.835 ***	—			
	p-value	< .001	—			
Прийняття ризику	Pearson's r	0.810 ***	0.863 ***	—		
	p-value	< .001	< .001	—		
4 – ЛК-Я	Pearson's r	0.557 ***	0.510 ***	0.368 **	—	

Partial Correlation

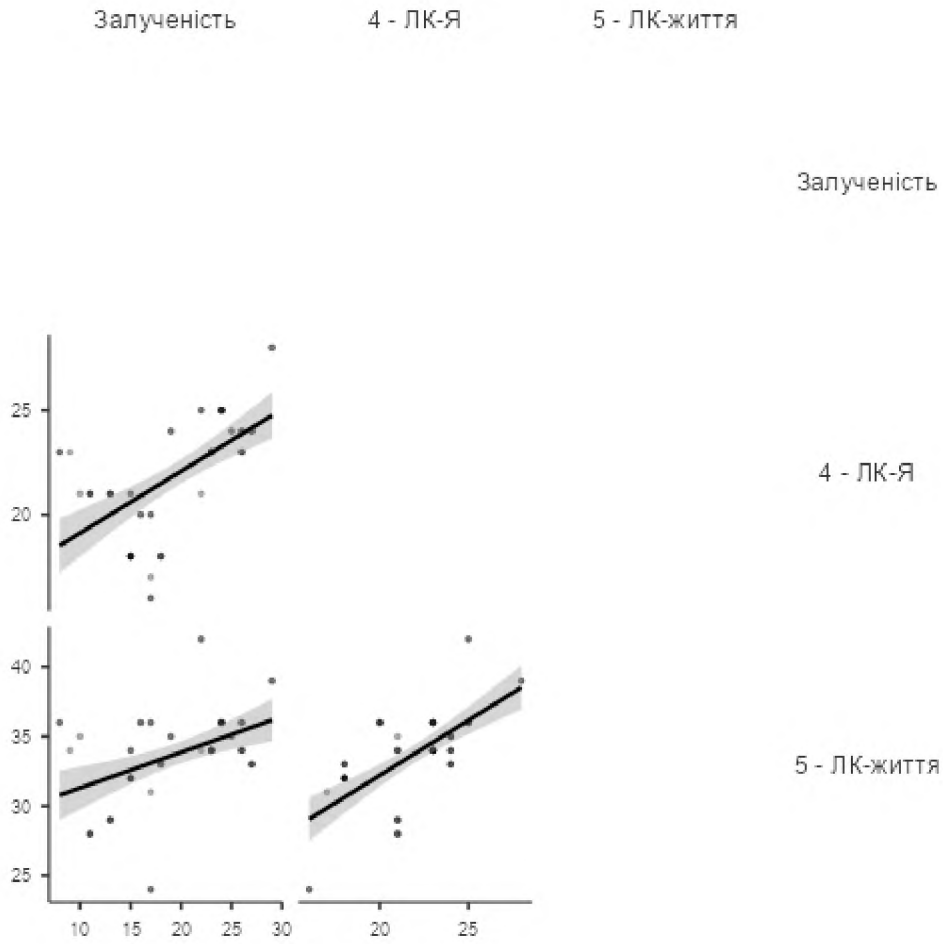
		Залученість	Контроль	Прийняття ризику	4 – ЛК-Я	5 – ЛК-життя
5 – ЛК-життя	p-value	< .001	< .001	0.005	—	
	Pearson's r	0.440 ***	0.427 ***	0.428 ***	0.666 ***	—
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	—

Note. Controlling for 'Ви військовий?' and 'Чи приймали Ви участь в активних бойових діях?'

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Були знайдені сильні кореляційні зв'язки між різними критеріями тестів життестійкості та СЖО (Табл.3.9), такі, як от:

- Критерій «Залученість» із критеріями «Локус контролю – Я» ($r=0.557$, $p<0.001$), «Локус контролю – Життя» ($r=0.44$, $p<0.001$) (Рис.3.45)
- Критерій «Контроль» і критеріями «Локус контролю – Я» ($r=0.51$, $p<0.001$), «Локус контролю – Життя» ($r=0.427$, $p<0.001$) (Рис.3.46)
- Критерій «Прийняття ризику» і критерієм « Локус контролю – Життя» ($r=0.428$, $p<0.001$) (Рис.3.47).



3.45. Кореляційні зв'язки між критерієм «Залученість» і субшкалами СЖО

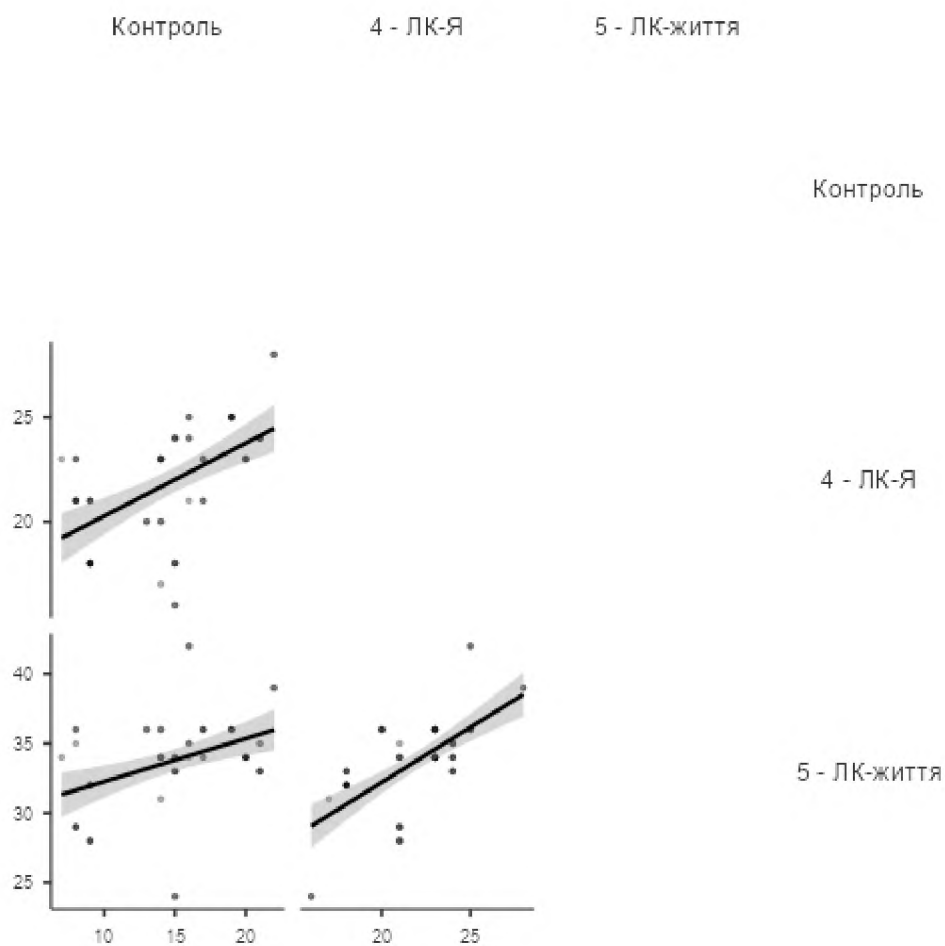


Рис.3.46. Кореляційні зв'язки між критерієм «Контроль» і субшкалами СЖО

Прийняття ризику

5 - ЛК-життя

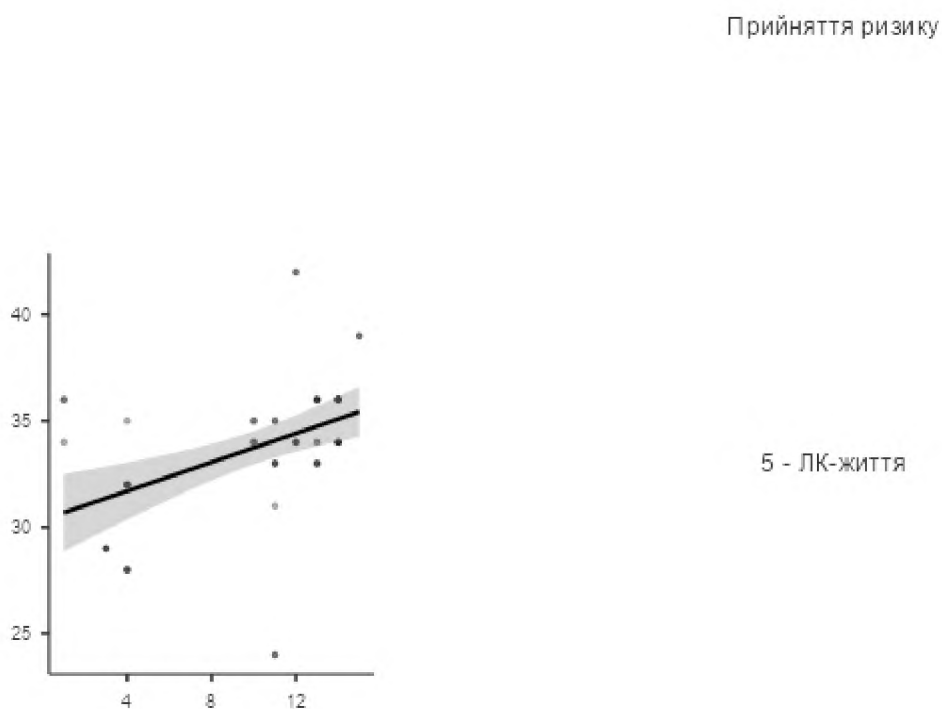


Рис.3.47. Кореляційні зв'язки між критерієм «Прийняття ризику» і критерієм «Локус контролю – Життя»

Далі дослідження проводилося через лінійну регресію.

Табл. 3.10

Лінійна регресія

Model Fit Measures		
Model	R	R ²
1	0.862	0.744

Така лінійна модель показала високі показники R та R² (Табл.3.10).

Далі було проведено факторний аналіз (Табл.3.12).

Табл.3.12

Факторний аналіз

Factor Loadings

	Factor				Uniqueness
	1	2	3	4	
Екстраверсія					0.9099
Дружелюбність	0.401			0.755	0.2323
Добросовісність			-0.362	0.480	0.6193
Емоційна стабільність	0.722			0.319	0.3328
Відкритість новому досвіду			0.855		0.2076
Самовідчуття		0.719			0.2890
Активність		0.870			0.2362
Настрій		0.939			0.1372
Залученість	0.809	0.371			0.1587
Контроль	0.921				0.0702
Прийняття ризику	0.906				0.2097
Показник СЖО		0.432	0.521	-0.452	-0.0245
1 – Цілі	0.311			-0.695	0.2164
2 – Процес			0.720		0.1680
3 – Результат		0.358	0.663		0.3306
4 – ЛК-Я		0.516	0.392		0.2454
5 – ЛК-життя	0.329		0.352	-0.591	0.2691
Шкала ПТСР	-0.986				0.0469
Вторгнення	-0.834				0.2258
Уникнення	-0.853				0.3167
Збудженість	-0.950				0.0663
Ви військовий?	0.330	0.350			0.7309
Чи приймали Ви участь в активних бойових діях?					0.8344

Note. 'Minimum residual' extraction method was used in combination with a 'oblimin' rotation

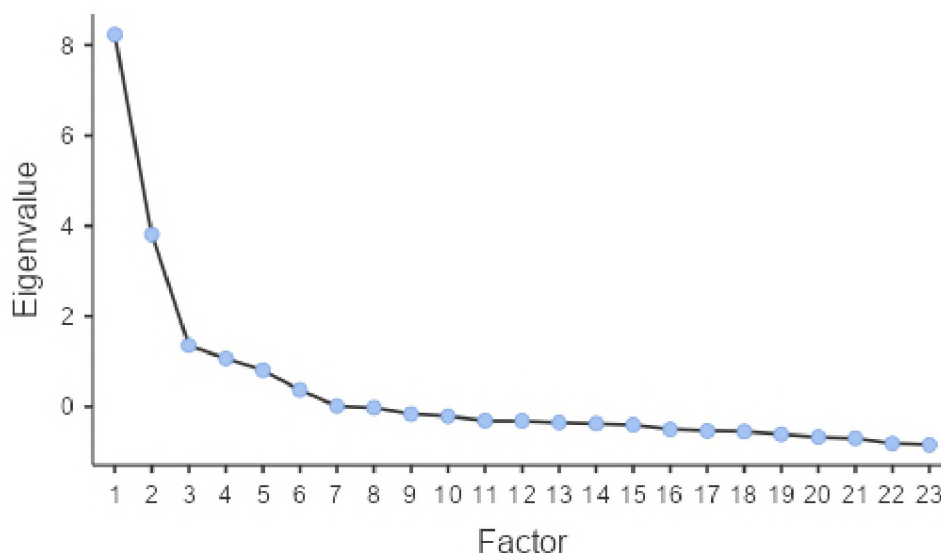


Рис. 3.48. Графік осипання

3.2 Рекомендації

Психологічна адаптація військових після бойових дій є важливим і складним процесом. Нижче наведені деякі рекомендації, які можуть допомогти військовим у цьому процесі:

1. **Забезпечення безпеки і стабільності:** Важливо створити для військових умови, які сприяють їхній безпеці і стабільності. Це може включати постачання відповідних засобів безпеки, забезпечення проживання у спокійному та безпечному середовищі, а також забезпечення підтримки та доступу до психологічної допомоги.

2. **Психологічна підтримка:** Важливо забезпечити доступ до психологічної підтримки та консультування. Це може включати індивідуальні консультації з психологом, групову терапію або підтримку від колег. Психологи можуть допомогти військовим у розумінні їхніх почуттів, управлінні стресом і розвитку стратегій для адаптації до цивільного життя.

3. **Соціальна підтримка:** Важливо забезпечити підтримку від сім'ї, друзів і спільноти. Сприяння зміцненню соціальних зв'язків і створенню підтримуючого соціального середовища може допомогти військовим у процесі адаптації.

4. Регулярний відпочинок і відновлення: Важливо надати військовим можливість відпочити і відновитися після бойових дій. Це може включати регулярні перерви, відпустки або інші форми відпочинку, які сприяють фізичному і психологічному відновленню.

5. Розвиток самоопіки і саморегуляції: Важливо навчитися ефективно керувати своїми емоціями і стресом. Це може включати впровадження стратегій самоопіки, таких як релаксаційні техніки, медитація, фізична активність та здоровий спосіб життя. Також корисно розвивати навички саморегуляції, що допоможе управляти стресом і підтримувати емоційну стабільність.

6. Планування і встановлення цілей: Створення реалістичних цілей і планів на майбутнє може допомогти військовим зосередитися на позитивних аспектах та перспективах. Розробка особистих, професійних або освітніх цілей може дати відчуття направленості і досягнення.

7. Підтримка перехідного періоду: Військовим слід розуміти, що адаптація до цивільного життя може зайняти час. Важливо бути терплячими з собою і шукати підтримку у процесі перехідного періоду. Розуміння, що це нормальний процес, може допомогти зняти частину тиску і стресу.

8. Збереження здорового ритму життя: Регулярний режим дня, здоровий сон, збалансована харчова раціон та фізична активність є важливими елементами підтримки психологічного благополуччя. Зверніть увагу на своє фізичне і психічне здоров'я, дотримуйтеся здорового способу життя.

9. Зайнятість та розвиток навичок: Залучення до активностей або роботи, що викликають інтерес, може сприяти позитивній адаптації. Розвиток нових навичок або отримання додаткової освіти може відкрити нові можливості для військових у цивільному житті. Залучення до волонтерської роботи або участь у спільнотних проектах також може допомогти знайти нову мету і задоволення.

10. Збереження зв'язку з колегами: Важливо зберігати зв'язок зі своїми колегами, з якими ви пройшли через бойові дії. Спілкування з людьми, які розуміють ваш досвід, може допомогти в почутті приналежності та підтримки.

11. Відкриття для нових досвідів: Спробуйте відкриватися для нових досвідів та можливостей. Розвивайте свої інтереси, прагніть відкрити нові горизонти і знайти нові цілі. Відкритість може допомогти вам знайти нове задоволення і наповнення в цивільному житті.

12. Збереження сенсу і цінностей: Розгляньте свої основні цінності та сенс життя і зосередьтеся на них. Це може надати вам опору і визначити напрямок вашої адаптації. Пам'ятайте, що ваш досвід і внесок в суспільство мають цінність і можуть мати велике значення.

Пам'ятайте, що процес психологічної адаптації може бути індивідуальним для кожного військовослужбовця.

Висновок до розділу 3

За даними емпіричного дослідження ми побачили, що у військовослужбовців ризик виникнення ПТСР значно вищий, ніж у цивільного населення, а особливу групу ризику складають ті військові, що приймали участь у активних бойових діях.

Також, в порівнянні з цивільним населенням, у військовослужбовців значно нижчі показники по таким критеріям, як: Екстраверсія, Емоційна стабільність, Самопочуття, Активність, знижений настрій.

Через низький показник по критерію «Залученість», ми можемо припустити, що багато з військовослужбовців відчувають себе відкинутими оточенням, їм складно знайти щось справді значуще і цікаве у житті і цим може бути описана невпевненість в собі і в ставленні до світу.

Ми можемо припустити, що низькі показники по критерію «Контроль» серед військових, можуть казати про відчуття власної безпорадності і втрати контролю над подіями, що відбуваються.

Ми можемо припустити, також, що низькі показники по субшкалі «Цілі» можуть сказати про те, що у військових починають зникати цілі в майбутньому, які роблять життя осмисленим. По субшкалі «Процес» низькі бали серед військових можуть казати про незадоволеність теперішнім життям, а по субшкалі «Результат» - про незадоволеність прожитою частиною життя.

ВИСНОВКИ

Психологічна адаптація військових після бойових дій є складним і багатогранним процесом. Рекомендації, наведені вище, можуть бути корисними в підтримці військових у цьому процесі. Забезпечення безпеки, психологічної та соціальної підтримки, самоопіки, розвитку навичок і збереження позитивних зв'язків можуть сприяти успішній адаптації.

Важливо пам'ятати, що процес адаптації є індивідуальним, і кожна людина може переживати його по-різному. Необхідно бути терплячими з собою і дати собі час для пристосування до нових умов. Підтримка від спеціалістів, сім'ї, друзів та ветеранських спільнот може бути важливою у цьому процесі.

Пам'ятайте, що важливо приділяти увагу як фізичному, так і психологічному благополуччю. Збереження здорового способу життя, розвиток нових навичок і зайнятість допоможуть створити нові цілі і перспективи.

Всі військові, що повертаються після бойових дій, заслуговують підтримки та допомоги у процесі психологічної адаптації. Зусилля спільності та організацій у наданні підтримки ветеранам є важливим елементом їх успішного відновлення та інтеграції у цивільне життя.

Важливо враховувати, що психологічна адаптація є процесом, який може займати тривалий час. Військові можуть зіткнутися з різними викликами, такими як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія, тривожність або проблеми в міжособистісних відносинах. Надання доступу до професійної психологічної допомоги та консультування є важливим для тих, хто може потребувати додаткової підтримки.

Усвідомлення та розуміння з боку суспільства щодо викликів, з якими зіштовхуються ветерани, також є необхідним. Передбачення належних ресурсів, програм підтримки та пільг для ветеранів, а також створення

сприятливого середовища для їхньої інтеграції в суспільство, є важливими кроками.

Нарешті, важливо пам'ятати, що кожна особа має свій власний шлях і темп адаптації. Розуміння і підтримка оточуючих можуть відігравати важливу роль у підтримці ветеранів на їхньому шляху до психологічної адаптації.

Ветерани, які повертаються після бойових дій, мають великий потенціал для успіху та внесення цінного внеску у суспільство. Забезпечення їм належної підтримки і ресурсів у процесі психологічної адаптації є необхідним кроком для побудови більш сильного та процвітаючого суспільства.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Rozum S. I. Psychology of socialization and social adaptation of a person / S. I. Rozum. - St. Petersburg : Rech, 2006. – 365 p.
2. Sereda T. V. Peculiarities of characteristics of communication in the process of adaptation to stress factors of the educational process: dissertation. ... candidate of psychology. Sciences: 19.00.01 / Sereda Tatiana Vladimirovna. - L., 1987. - 212 p.
3. Melnikova N.N. Strategies of behavior in the process of social and psychological adaptation: thesis. ... candidate of psychology. Sciences: 19.00.05 / Natalya Nikolaevna Melnikova, 1999. - 194 p.
4. Ball G. A. The concept of adaptation and its meaning for personal psychology / G. A. Ball // Questions of psychology. – 1989. – No. 1 – P. 92 – 100.
5. Максименко С. Д. Генетико-психологічні проблеми становлення особистості / С. Д. Максименко // Психологічні чинники самодетермінації особистості у освітньому просторі : [колективна монографія] / [С. Д. Максименко, Г. В. Куценко-Лада, Н. В. Пророк та ін.]; за ред. С. Д. Максименка. – Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2013. – С. 10 – 69.
6. Максименко С. Д. Психологія в соціальній та педагогічній практиці: Методологія, методи, програми, процедури : [Навч. посібник для вищої школи] / С. Д. Максименко. – К. : Наукова думка, 1998. – 226.
7. Налчаджян А. А. Социально-психическая адаптация личности / А. А. Налчаджян. – Ереван : АН Армении, 1988. – 262с.
8. Erikson E. H. Life cycle / E. H. Erikson // International Encyclopedia of the Social Sciences. – [Vol. 9] – New York: Crowell Collier & Macmillan, 2007. – P. 286- 292.
9. Piaget, J. Selected psychological works / J. Piaget; trans. with Fr. - M.: Prosveschenie, 1969. - 659 p. – Add. title 1. French, English - Bibliogr. : with. 646-659.

10. Piaget J. Selected psychological works / J. Piaget; per. from fr. - M. : Education, 1969. - 659 p. – Add. tit. 1. fr., english - Bibliography. : With. 646-659.
11. Ball G. A. The concept of adaptation and its significance for personality psychology / G. A. Ball // Questions of Psychology. - 1989. - No. 1 - S. 92 - 100.
12. Орбан-Лембрик Л. Е. Соціальна психологія : [Навч. посібник] / Л. Е. Орбан-Лембрик. – К. : Академвидав, 2005. – 446 с.
13. Титаренко Т. М. Психологічні практики конструювання життя в умовах постмодерної соціальності : [монографія] / Т. М. Титаренко, О. М. Кочубейник, К. О. Черемних ; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. – К. : Міленіум, 2014. – 206 с.
14. Васильченко О. М. Репродуктивна поведінка особистості. Соціально-психологічний аналіз : [монографія] / Ольга Миколаївна Васильченко. – Луганськ : Ноулідж, 2013. – 556 с.
15. Coopersmit S. The antecedents of self-esteem / S. Coopersmit. – NY. : Freeman, 1967. – 283 p.
16. Ішук О. В. Усвідомлення ідентичності як чинник успішної соціалізації / О. В. Ішук // Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць К-ПНУ імені Івана 164 Огієнка, Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України. – 2011. – Вип. 12. – С. 449 – 458.
17. Solomon Z. Does the war end when the shooting stops? The psychological toll of war. *J Appl Soc Psychol.* (1990) 20:1733–45. doi: 10.1111/j.1559-1816.1990.tb01508.x
18. Maguen S, Litz B. Moral injury in veterans of war. *PTSD Res Q.* (2012) 23:1–6.
19. Grinker RP, Spiegel JP. *Men Under Stress.* Philadelphia, PA: Blakiston (1945).

20. Figley CR. *Stress Disorders Among Vietnam Veterans*. New York, NY: Brunner/Mazel (1978).
21. Milliken CS, Auchterlonie JL, Hoge CW. Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve component soldiers returning from the Iraq war. *JAMA*. (2007) 298:2141–8. doi: 10.1001/jama.298.18.2141
22. Mangelsdorff AD. Lessons learned and forgotten: the need for prevention and mental health interventions in disaster preparedness. *J Commun Psychol*. (1985) 13:239–57. doi: 10.1002/1520-662919850713:3<239::AID-JCOP2290130302>3.0.CO;2-T
23. Kardiner A. *War Stress and Neurotic Illness*. New York, NY: Hoeber (1947).
24. Kormos HR. The nature of combat stress. In: Figley CR, editor. *Stress Disorders Among Vietnam Veterans - Theory, Research and Treatment*. New York, NY: Brunner/Mazel (1978). p. 3–22.
25. Solomon Z, Kleinhaus M. War induced psychic trauma - an 18 year follow-up of Israeli veterans. *Am J Orthopsychiatry*. (1996) 66:152–60. doi: 10.1037/h0080165
26. Isserlin L, Zerach G, Solomon Z. Acute stress responses: a review and synthesis of ASD, ASR, and CSR. *Am J Orthopsychiatry*. (2008) 78:423–9. doi: 10.1037/a0014304
27. Solomon Z, Mikulincer M. Trajectories of PTSD: a 20-year longitudinal study. *Am J Psychiatry*. (2006) 163:659–66. doi: 10.1176/ajp.2006.163.4.659
28. Turner MA, Kiernan MD, Mckechnie AG, Finch PJ, Mcmanus FB, Neal LA. Acute military psychiatric casualties from the war in Iraq. *Br J Psychiatry*. (2005) 186:476–9. doi: 10.1192/bjp.186.6.476
29. Rundell JR. Demographics of and diagnoses in Operation Enduring Freedom and Operation Iraqi Freedom personnel who were psychiatrically

- evacuated from the theater of operations. *Gen Hosp Psychiatry*. (2006) 28:352–6. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2006.04.006
30. Andersen SB, Karstoft KI, Bertelsen M, Madsen T. Latent trajectories of trauma symptoms and resilience: the 3-year longitudinal prospective USPER study of Danish veterans deployed in Afghanistan. *J Clin Psychiatry*. (2014) 75:1001–8. doi: 10.4088/JCP.13m08914
31. Solomon Z, Shklar R, Singer Y, Mikulincer M. Reactions to combat stress in Israeli veterans twenty years after the 1982 Lebanon war. *J Nerv Ment Dis*. (2006) 194:935–9. doi: 10.1097/01.nmd.0000249060.48248.ba
32. Coleman JC, Burcher JN, Carson RC. *Abnormal Psychology and Modern Life*. Glenview, IL: Scott/Foresman (1980).
33. Epstein S. Concluding comments to section 1. In: Meichenbaum D, Yarenko ME, editors. *Stress Reduction and Prevention*. New York, NY: Plenum Press (1983). p. 101–6.
34. Block M, Zautra A. Satisfaction and distress in a community: a test of the effects of life events. *Am J Community Psychol*. (1981) 9:165–80. doi: 10.1007/BF00896365
35. Solomon Z, Mikulincer M, Jakob BR. Exposure to recurrent combat stress: combat stress reaction among Israeli soldiers in the 1982 Lebanon War. *Psychol Med*. (1987) 17:433–40. doi: 10.1017/S0033291700024995
36. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. (1995) 52:1048–60. doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950240066012
37. Kulka RA, Schlenger WE, Fairbank JA, Hough RL, Jordan BK, Marmar CR, et al. *Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings From the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York, NY: Brunner/Mazel (1990).
38. Reijnen A, Rademaker AR, Vermetten E, Geuze E. Prevalence of mental health symptoms in Dutch military personnel returning from deployment to

- Afghanistan: a 2-year longitudinal analysis. *Eur Psychiatry*. (2015) 30:341–6. doi: 10.1016/j.eurpsy.2014.05.003
39. Karstoft KI, Armour C, Elklit A, Solomon Z. The role of locus of control and coping style in predicting longitudinal PTSD-trajectories after combat exposure. *J Anxiety Disord*. (2015) 32:89–94. doi: 10.1016/j.janxdis.2015.03.007
40. Pollock GH. Anniversary reactions, trauma, and mourning. *Psychoanal Q*. (1970) 39:347–71. doi: 10.1080/21674086.1970.11926533
41. Weiner A, Gerber I, Baltin D, Arkin AM. The process and phenomenology of bereavement. In: Gerber I, Weiner A, Kutscher AH, editors. *Bereavement: Its Psychosocial Aspects*. New York, NY: Columbia Press (1975). p. 53–65.
42. Burgess AW, Holmstrom LL. Rape trauma syndrome. *Am J Psychiatry*. (1965) 131:981–5. doi: 10.1176/ajp.131.9.981
43. Archibald HC, Tuddenham RD. Persistent stress reaction after combat: a 20-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry*. (1965) 12:475–81. doi: 10.1001/archpsyc.1965.01720350043006
44. Christenson RM, Walker JI, Ross DR, Maltbie AA. Reactivation of traumatic conflicts. *Am J Psychiatry*. (1981) 138:984–5. doi: 10.1176/ajp.138.7.984
45. Faltus FJ, Sirota AD, Parsons J, Daamen M, Schare ML. Exacerbations of post-traumatic stress disorder symptomatology in Vietnam veterans. *Mil Med*. (1986) 151:648–9. doi: 10.1093/milmed/151.12.648
46. Solomon Z, Garb R, Bleich A, Grupper D. Reactivation of combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. (1987) 144:51–5. doi: 10.1176/ajp.144.1.51
47. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association (2013).

48. Horesh D, Solomon Z, Keinan G, Ein-Dor T. The clinical picture of late-onset PTSD: a 20-year longitudinal study of Israeli war veterans. *Psychiatry Res.* (2013) 208:265–73. doi: 10.1016/j.psychres.2012.12.004
49. Smith DW, Frueh BC. Compensation seeking, comorbidity, and apparent exaggeration of PTSD symptoms among Vietnam combat veterans. *Psychol Assess.* (1996) 8:3–6. doi: 10.1037/1040-3590.8.1.3
50. Pary R, Turns DM, Tobias CR. A case of delayed recognition of posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry.* (1986) 143:941. doi: 10.1176/ajp.143.7.941
51. Andrews B, Brewin CR, Philpott R, Stewart L. Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a systematic review of the evidence. *Am J Psychiatry.* (2007) 164:1319–26. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.06091491
52. Mayou R, Bryant B, Duthie R. Psychiatric consequences of road traffic accidents. *Br Med J.* (1993) 307:647–51. doi: 10.1136/bmj.307.6905.647
53. Green BL, Lindy JD, Grace MC, Gleser GC, Leonard AC, Korol M, et al. Buffalo Creek survivors in the second decade: stability of stress symptoms. *Am J Orthopsychiatry.* (1990) 60:43–54. doi: 10.1037/h0079168
54. Green AH, Coupe P, Fernandez R, Stevens B. Incest revisited: delayed post-traumatic stress disorder in mothers following the sexual abuse of their children. *Child Abuse Negl.* (1995) 19:1275–82. doi: 10.1016/0145-2134(95)00084-L
55. Nitto MM. *An investigation of factors contributing to delays in the onset of PTSD among Vietnam veterans* (Psy. D.). West Hartford, CT: University of Hartford (2001).
56. Smid GE, Mooren TT, Van Der Mast RC, Gersons BP, Kleber RJ. Delayed posttraumatic stress disorder: systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis of prospective studies. *J Clin Psychiatry.* (2009) 70:1572–82. doi: 10.4088/JCP.08r04484

57. Bryant RA, Harvey AG. Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a prospective evaluation. *Aust N Zeal J Psychiatry.* (2002) 36:205–9. doi: 10.1046/j.1440-1614.2002.01009.x
58. Mcfarlane AC. The longitudinal course of posttraumatic morbidity: the range of outcomes and their predictors. *J Nervous Mental Dis.* (1988) 176:30–9. doi: 10.1097/00005053-198801000-00004
59. Solomon Z, Ginzburg K. War trauma and the aged: an Israeli perspective. In: Lomranz J, editor. *Handbook of Aging and Mental Health.* New York, NY: Plenum (1998). p. 135–52.
60. Prigerson HG, Maciejewski PK, Rosenheck RA. Combat trauma: trauma with highest risk of delayed onset and unresolved posttraumatic stress disorder symptoms, unemployment and abuse among men. *J Nervous Mental Dis.* (2001) 189:99–108. doi: 10.1097/00005053-200102000-00005
61. Horowitz MJ, Solomon GF. A prediction of delayed stress response syndromes in Vietnam veterans. *J Soc Issues.* (1975) 31:67–80. doi: 10.1111/j.1540-4560.1975.tb01012.x
62. Smid GE, Lensvelt-Mulders GJ, Knipscheer JW, Gersons BP, Kleber RJ. Late-onset PTSD in unaccompanied refugee minors: exploring the predictive utility of depression and anxiety symptoms. *J Clin Child Adolesc Psychol.* (2011) 40:742–55. doi: 10.1080/15374416.2011.597083
63. Eysenck HJ. A theory of the incubation of anxiety/fear responses. *Behav Res Ther.* (1968) 6:309–21. doi: 10.1016/0005-7967(68)90064-8
64. Pickens CL, Navarre BM, Nair SG. Incubation of conditioned fear in the conditioned suppression model in rats: role of food-restriction conditions, length of conditioned stimulus, and generality to conditioned freezing. *Neuroscience.* (2010) 169:1501–10. doi: 10.1016/j.neuroscience.2010.06.036
65. Schreurs BG, Smith-Bell CA, Burhans LB. Incubation of conditioning-specific reflex modification: implications for post traumatic stress disorder. *J Psychiatr Res.* (2011) 45:1535–41. doi: 10.1016/j.jpsychires.2011.07.003

66. Schreurs BG, Smith-Bell CA, Burhans LB. Unpaired extinction: implications for treating post-traumatic stress disorder. *J Psychiatr Res.* (2011) 45:638–49. doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.10.010
67. Blanchard EB, Hickling EJ. *After the Crash: Psychological Assessment and Treatment of Survivors of Motor Vehicle Accidents.* Washington, DC: American Psychological Association (2004).
68. Carty J, O'donnell ML, Creamer M. Delayed-onset PTSD: a prospective study of injury survivors. *J Affect Disord.* (2006) 90:257–61. doi: 10.1016/j.jad.2005.11.011
69. Ramchandani D. Distinguishing features of delayed-onset posttraumatic stress disorder. *Bull Menninger Clin.* (1990) 54:247–54.